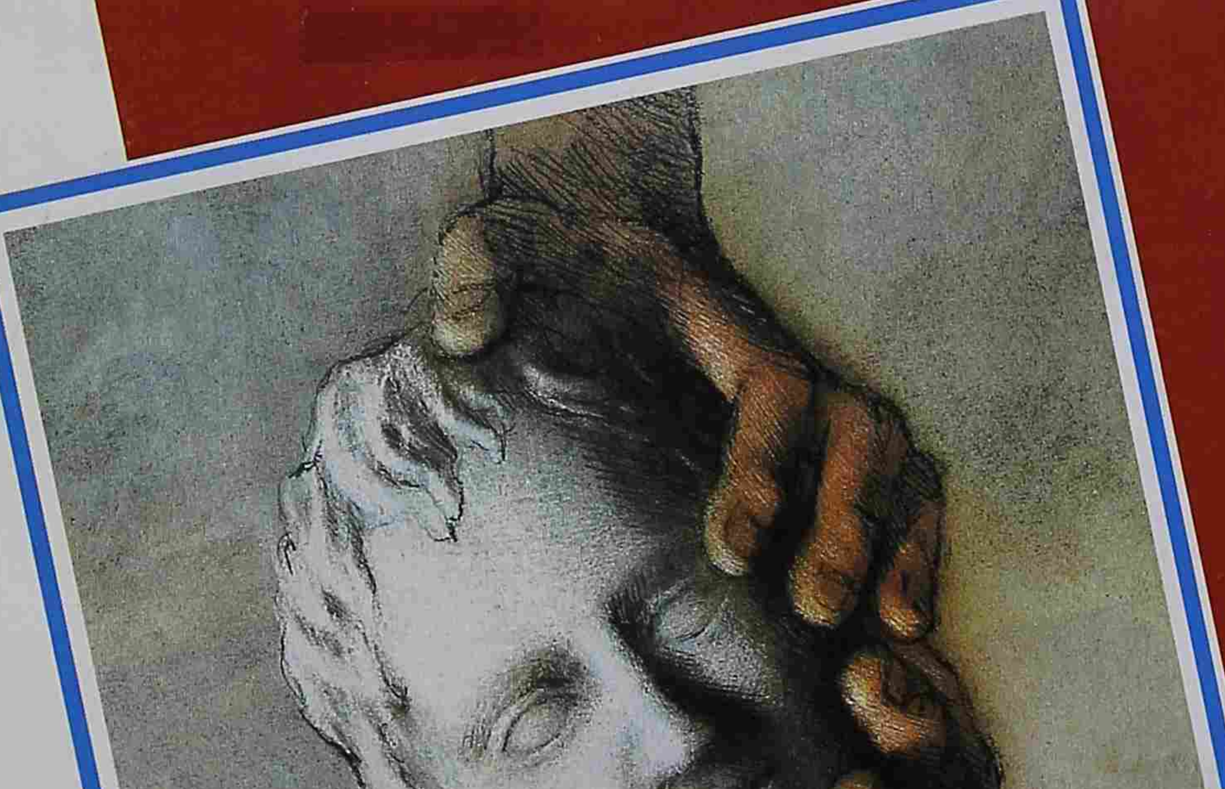
پزشکی و جامعه

۱

شمارهٔ اول

سال اول، شهریور سال ۱۳۷۱ ـ ۱۰۰ صفحه، قیمت ۸۰۰ ریال

مصاحبهٔ اختصاصی با پروفسور ایرج گنج‌بخش



...ر» جنون سالخوردگان

...ها در خدمت درمان بیماران

... پزشکی مسافرت با هواپیما

...زمینه پژوهشی برای دانشجویان پزشکی



یا مَن اِسمُهُ دَواءٌ وَ ذِکرُهُ شِفاءٌ

ای آنکه نام تو دارو و یاد تو شفابخش است

پزشکی و جامعه
MEDICINE & SOCIETY

ماهنامهٔ علوم پزشکی و تندرستی

سال اول ـ شمارهٔ اول ـ شهریور ۱۳۷۱



تقدیم به تو،
«انسان»
ای معنای مهر
و...
ای بزرگترین معنا

شرح صفحه ۲ جلد
تابلو «نیایش»
اثر: فولون (Folon)
خط: استاد علی مرزی

صاحب امتیاز و مدیر مسئول: دکتر حمید درخشانی

سردبیر: هوشنگ فتحی

مدیر داخلی و دبیر هیئت اجرایی: سید عبدالله سجادی

همکاران: دکتر مسعود امامی، دکتر مهدی ابطحی، دکتر حمیدرضا کریم‌زاده

زیر نظر شورای علمی

طراح و صفحه آرا: شاهرخ خره‌غانی

ناظر چاپ: محمدرضا قادری موحد

نشانی مجله: تهران ـ میدان ونک ـ ضلع شمال شرقی ـ خیابان شهید صانعی (امیرپرویز) ـ شماره ۲/۱ ـ کد پستی ۱۹۶۹۹

تلفن: ۶۸۷۴۴۸ ـ ۶۸۷۳۹۱ ـ ۶۸۸۱۶۴

تلکس: 223299 SUPA IR

فاکس: ۶۸۷۸۸۳

حروفچینی: حروفچینی حیدری ۹۲۹۷۹۹

فیلم و زینگ: تیراژه

چاپ: کتیبه

گروه ترجمه:
خانم‌ها: مسعودهٔ خوزستانی، فریناز شکیبا، ماندانا احسانی
آقایان: فریدون نامهٔ، سعید محمد جعفری، مهندس حمید حبیبی، تیمور شیرین‌دست، پرویز امین، بهرام راستین.

توضیح دربارهٔ آرم مجله

نشان ویژهٔ مجلهٔ پزشکی و جامعه، خون شریانی جاری در رگها و بیانگر حیات توام با تندرستی و شادابی است. امید آنکه حضور و حرکت مجله در جامعهٔ ایران نیز به همین سلامت و روانی و درخشندگی باشد و ناشر تازه‌ترین اطلاعات و اخبار و عقاید از جهان پزشکی. انشاء الله.

طراح آرم:
مهدی کریمخانی

* مجلهٔ پزشکی و جامعه، اول هر ماه منتشر می شود و در پایان هر سال، ۱۲ شمارهٔ مجله با شمارهٔ مسلسل و راهنمای مندرجات، صحافی شده در اختیار علاقه‌مندان و نهادهای علمی و پزشکی قرار می گیرد.
* استفاده از مندرجات مجله در رسانه های همگانی، با ذکر کامل مأخذ، آزاد است.
* همهٔ حقوق ناشی از نشر مقاله ها و طرحها و عکسها و نمودارها، متعلق به مجلهٔ پزشکی و جامعه است.
* درج آگهی های مربوط به سمینارها و کنگره‌های علوم پزشکی که از سوی نهادهای رسمی و مراکز آموزش عالی در سال ۱۳۷۱ برگزار می شود، در مجلهٔ پزشکی و جامعه رایگان است.
* مجلهٔ پزشکی و جامعه نوشته های پزشکان، اساتید، اندیشمندان و دانشجویان علوم پزشکی را که تاکنون در نشریهٔ دیگری چاپ نشده باشد، می پذیرد و در این رابطه چند نکته را یادآور می شود:
  - با پلان بین‌المللی معروف به Vancouver مطابقت داشته باشد.
  - مسئولیت علمی و اجتماعی مطلب چاپ شده به عهدهٔ نویسندهٔ مقاله است.
  - مجله در تلخیص، تصحیح، چاپ و یا رد مطالب رسیده آزاد است.
  - مقالهٔ ارسالی باید بر یک رویهٔ کاغذ، با رعایت فاصله مناسب و خط خوانا نوشته ـ و در صورت امکان تایپ ـ شده باشد.
  - اصل مقاله ارسال شود و چون مقالهٔ دریافتی پس داده نمی شود، نویسنده باید یک کپی از آن را تهیه کند و نزد خود نگاهدارد.
  - منابع، مآخذ، نمودارها، جدولها، عکس و تصویر لازم همراه مقاله باشد.
  - نام و نشانی و عنوان و تخصص نویسنده بر بالای صفحهٔ اول مقاله قید شود.

○ مرکز پخش و فروش مجلهٔ پزشکی و جامعه در تهران: شمال شرقی ـ میدان ونک فروشگاه سویا ○

در این شماره می‌خوانید:

سرمقاله

۶ «هستم اگر می‌روم، ور نروم نیستم»

برآنیم که نظر فرهیختگان و تحصیلکردگان جامعه را به مطالعهٔ منظم مقالات و مطالب پزشکی جلب کنیم

رویداد

۱۰ ابوبکر محمدابن زکریا رازی

به مناسبت پنجم شهریور، روز داروسازی ایران

تکنولوژی

۱۲ پزشکی و درمان از راه دور

ارتباطات ماهواره‌ای در خدمت مداوای بیماران در اقصی نقاط جهان

۷۸ در ورای یک تردید منطقی

آیا کامپیوتر حق قضاوت دربارهٔ ماندن و مردن یک بیمار را دارد؟

بیماریها

۸۲ آسم در کودکان

ابداع شیوه‌ای دقیق و چندمرحله‌ای تا نابودی کامل کلیهٔ بحرانهای آسمی

اجتماعی

۱۵ کمک هزینه برای دانشجویان و پژوهشگران علوم پزشکی

۵۰ اگر با هواپیما مسافرت می‌کنید

چه بیمارانی باید از مسافرت هوایی پرهیز کنند و اگر ناگزیر از این کارند، چه کارهایی را باید متناسب با وضعیت خود به مورد اجرا درآورند.

۶۵ سپاس دکتر

برآنیم که به شیوه‌ای نو، حق‌شناس زحمات و خدمات پزشکان باشیم.

۶۹ آقای دکتر، مرا راهنمایی کن و بگو چه کنم؟

گروه مشاوران مجله در خدمت بیماران و دردمندان

۷۴ اعضای سالم بدن خود را هدیه کنید!

مرگ حق است و از آن گریزی نیست، اما، می‌توان پس از مرگ زندگی‌بخش بود.

گفت و شنود

۱۶ هزارمین پیوند قلب

مصاحبهٔ اختصاصی با پروفسور ایرج گنج‌بخش دارندهٔ ۹ سمت برجستهٔ علمی و اداری در فرانسه

۱۹ ۱۰۰ یا ۳۰۰؟ مسئله این است!

گزارش ویژه، در تلاش برای دستیابی به شیوهٔ منطقی تعیین نرخ ویزیت پزشکان

تجربه‌های بالینی ۳۲ آدنوکارسینوم کبد بدون تومور اولیهٔ قابل کشف

شرح حال و معاینهٔ فیزیکی از مهمترین جنبه‌های ارزیابی تومورهای اولیهٔ ناشناختهٔ مشکوک است.

خبر ۳۰ جوایز سال ۱۹۹۲ سازمان جهانی بهداشت در زمینهٔ بهداشت عمومی

روان ۴۲ هزار چهرهٔ ترس

ترس از مکانهای مرتفع، پل، آسانسور، مار، عنکبوت و... نظایر آن، بسیاری از مردم این روزگار را فلج کرده است.

باید بدانید ۴۸ نشانه‌های هشدار دهندهٔ انفارکتوس میوکارد

۴۹ شما مبتلا به عفونت ویروسی هستید...

مدیریت ۵۶ مدیریت بیمارستانی

داوطلبان استخدام در بیمارستان، چه انگیزه‌ای از قبول مسئولیت دارند؟

طب زیبایی ۶۰ طب زیبایی در خدمت بهداشت، سلامتی، طول عمر و آرامش روحی

طب ورزشی ۷۰ بهترین شیوهٔ درمان، ورزش در هوای آزاد

به طور علمی ثابت شده است که ورزشهای سبک و منظم موجب کاهش میزان مرگ و میر ناشی از حمله‌های قلبی، سرطان، و... بسیاری بیماریها می شود.

تازه‌ها ۸۴ تازه‌های پیوند اعضاء

طب سالمندان ۸۸ بیماری آلزایمر، جنون سالمندان

خانوادهٔ سالمندان مبتلا به آلزایمر، باید مطالبی در مورد این بیماری بدانند.

گشت و گذار ۹۶ فشارهای عصبی ناشی از درگیری در محیط کار

۹۶ تقلب علمی

۹۶ اثر و علامت ژنتیکی افراد

۹۷ دربارهٔ آسپیرین

۹۷ جراحی با دو جفت دستکش

۹۷ مژده به بیماران دیابتی

۹۸ دفتر اول به پایان آمد

هستم اگر می‌روم، ور نروم نیستم

به نام خداوند جان و خرد　　　　کزین برتر اندیشه برنگذرد

به نام خداوندی که هستی را از نیستی آورد پدید،
انسان،
این برترین پدیدهٔ خلقت را آفرید،
و برای انسان،
تمدن قرار داد تا مرتبتی شایستهٔ شأن و رسالت خود بیابد.
و تمدن، اگر تعبیرها و تفسیرها داشته باشد،
به یقین، برترین تفسیر آن تفکر است و تعقل.
و تعقل، نیست مگر تحمل!
تحمل آراء و نظرات گونه گون،
و تحمل سختی های راه پرفراز و فرودی که از ازل فرا روی انسان متفکر بوده و تا ابد چنین خواهد بود:

ساحل افتاده گفت: «گرچه بسی زیستم
هیچ نه معلوم شد، آه که من کیستم؟»
موج ز جا رفته‌ای، تیز خرامید و گفت:
«هستم اگر می روم، ور نروم نیستم»

اینك، مائیم و مفهومی انسانی بخشیدن به هستی‌مان... مائیم و آنی از تکاپو نایستادن... مائیم و این افتخار که می کوشیم به بودن خود معنایی شایسته بخشیم.

بزرگترین حرکتها با گام نخستین آغاز می شود.

این نخستین گام را، ما برداشته‌ایم و قدم به پیش نهاده‌ایم.

حرکت، بی پشتوانهٔ **اندیشه** و بی بهره از **هدف** بی معناست.

هدف از انتشار مجلهٔ **پزشکی و جامعه**، چنانکه از نام و عنوان آن پیداست، مخاطب قرار دادن دو گروه است: نخست، **دست اندرکاران علوم پزشکی**، و سپس، **فرهیختگان و تحصیلکردگان جامعهٔ امروز ایران.**

در ارتباط با گروه نخست ـ یعنی گروه پزشکی، به ویژه آنهایی که از تهران و مرکز به دورند ـ واقعیت امر جز این نیست که از داشتن مجله‌ای و مجموعه‌ای دربرگیرندهٔ تازه‌های علوم پزشکی در تقویت دانش عمومی و تخصص خود محروم‌اند. و اگر چنین هم نباشد، این هست که تریبونی رسا و اختصاصی برای پاسخ گفتن به انتقادهای غیرمنصفانه و یکسویه دراختیار ندارند.

آیا انصاف است انسانهای خدمتگزاری را که روز و شب، همه عمر، استراحت و آسایش به خود حرام کرده در کار مرهم نهادن بر آلام همنوعان دردمند هستند، چنین بی رحمانه ـ که می بینیم و می شنویم و می خوانیم ـ مورد تاخت و تاز قرار دادن و مجال دفاع ندادن؟

شگفتا! کجاست آن همه امتیاز و رفاه که به پزشکان و کوشندگان امور پزشکی نسبت می دهند؟

گیریم که انگشت شماری از این طبقه، چنان باشند که می گویند. چه باید گفت بخش وسیعی از کوشندگان امور پزشکی را، و از کدامین تریبون باید عنوان کرد که در شهرهای دور و نزدیك ایران و حتی در همین تهران پرغوغا چه بسیارند پزشکانی که توان دخل و خرج کردن برای یك زندگی معمولی را نیز ندارند چه رسد به ناز و نعمت موهومی که از شایعات برمی آید؟



چنین حقایق مسلم و تلخی را کجا باید گفت و از کدامین تریبون باید به گوش جامعه رسانید؟

نه آنکه مجلهٔ پزشکی کم داریم.

هستند! اما، در میان انبوه مجله ها و روزنامه هایی که بر پیشخوان کیوسکهای مطبوعات ظاهر می شوند، چنان از ویژگیهای یك کار ژورنالیستی مطلوب بــه دورند که شایــد کمترین خواهان و مراجعه کننده را دارند و به وضوح پیداست که لنگ لنگان گام برمی دارند.

دلایل عدم توفیق نشریات پزشکی در جامعهٔ امروز ما هرچه باشد، بی توجهی و سهل انگاری این قبیل مجلات به کار طراحی هنری از دلایل نخست و کاملاً محسوس آن است. نکته اینجاست که **ژورنالیسم و علم** سالهاست که در جوامع پیشرفتهٔ امروز آشتی کرده و در تلفیقی منطقی به پیش می تازند.

بیایید همین چند مجلهٔ پزشکی و داروسازی و علوم آزمایشگاهی را که از خارج به دست مان می رسد ورق بزنیم و در محتوا و بیان آنها دقت کنیم تا به روشنی دریابیم که تفاوت میان کار ما و کار آنها از کجاست تا به کجا؟

اگر پزشکی امروز، برای پیشرفت اهداف متعالی خود و زدودن درد و الم از جسم و جان بیماران، به داروهای تلخ و شربت های ناگوار، رنگ و لعاب چشم نواز و طعم و مزهٔ شیرین می بخشد، یا فضای بیمارستانها و مطب ها و داروخانه ها را آراسته و زیبا توصیه می کند، چه دلیلی دارد و چرا نباید یك نشریهٔ پزشکی از این شگردهای مثبت و مؤثر بهره بجوید تا توجهٔ بینندهها را از تماشای صفحات چشم نواز خود به محتوا جلب کند؟ مقولهٔ پزشکی که ورزش و سینما و دیگر تفریحات نیست تا در ارتباط با یکی از پسندهای جامعه، به طور بالقوه خواهان و مشتاق داشته باشد!

نشریات پزشکی ما، حتی اگر مرتبط با مهمترین وجه زندگی - یعنی تندرستی و سلامتی - منتشر می شوند و در اشاعهٔ دانش **سالم زیستن** می کوشند، اما بازاری نه چندان پررونق دارند و بسا که به زحمت و لرزان سرپا ایستاده اند.

ما، با وقوف کامل براین نامرادیها و با آگاهی از مشکلات عدیده ای که فرا راهمان است، برآنیم که نظر فرهیختگان و تحصیلکردگان جامعه را به مطالعهٔ منظم مقالات و مطالب پزشکی جلب نماییم. در این پیوند، یاد می آوریم از گفتهٔ **یونسکو** (سازمان تربیتی، علمی، و فرهنگی ملل متحد) که **«۹۰ درصد از دانشمندان تاریخ بشر، در عصر حاضر زندگی می کنند»!** به عبارت دیگر، جهان امروز جهان دانشمندان و متفکران و انسانهای اندیشمند است. به یقین، چنین شرایط هیجان انگیزی در دنیای امروز به برکت مطالعهٔ مستمر و اشاعهٔ دانش در سطحی انبوه فراهم آمده است. ما، در آرزوی شکل گرفتن چنین جامعه ای هستیم و باور داریم که انسان ایرانی از چنان ظرفیتهای ذهنی و هوش و استعداد والایی برخوردار است که بتواند پذیرای نویافته های عرصهٔ علوم - به ویژه در ارتباط با تندرستی و سلامتی خود - باشد تا شیوهٔ سالم زیستن را بهتر و بیشتر بیاموزد.

ما، برآنیم که به سهم خود، اصل **«تقدم پیشگیری بر درمان»** را فعلیت بخشیم و گرچه می دانیم دانستن همه چیز برای همه کس ممکن نیست، دست کم این هست که بتوان راههای تقابل با بیماریهای تن و روان را به جامعه آموزش داد.

***

برفراز این انگیزه‌ها و اهداف بود که برآن شدم آنچه را سالها به صورت یك رؤیای شیرین در اندیشه داشتم، جامهٔ عمل بپوشانم و گرچه نیك می دانستم در کار خیر درنگ جایز نیست، اما به جهت ارادتی که همواره به خواجهٔ شیراز داشته‌ام، نیّت خود را به درگاه بلند آستان لسان‌الغیب، شمس‌الدین محمد حافظ بردم و تفالی از سر صدق زدم که موفقیت من در این راه چه اندازه خواهد بود؟ خواجه پاسخ گفت:

چو بشنوی سخن اهل دل مگو که خطاست
سخن‌شناس نیی جان من خطا اینجاست
سرم به دنیا و عقبا فرو نمی آید
تبارک‌الله از این فتنه‌ها که در سر ماست
در اندرون من خسته دل ندانم کیست
که من خموشم و او در فغان و در غوغاست
دلم ز پرده برون شد، کجایی ای مطرب
بنال هان، که از این پرده کار ما به نواست
مرا به کار جهان هرگز التفات نبود
رخ تو در نظر من چنین خوشش آراست

....

از آن به دیر مغانم عزیز می دارند
که آتشی که نمیرد همیشه در دل ماست

پس، دلگرم و امیدوار به عاقبت خیر این حرکت بزرگ **علمی ـ فرهنگی**، قدم در راه اجرا نهادم:

- نهاد محترم وزارت ارشاد اسلامی، که از آن غولی در تصور داشتم، درخواست حق امتیاز مجله را به مهربانی لبیك گفت...
- اسباب کار و لوازم اجرا، به زودی فراهم گشت...
- تیمی همدل و خدمتگزار، که اعضای آن همهٔ عمر و استعداد خود را پاك و صادقانه صرف اعتلای فرهنگی جامعه کرده بودند، شکل گرفت...
- گروه مترجمان و نویسندگان و مؤلفان و ویراستاران، دست به کار تولید شدند...
- تدارکات فنی و هنری آغاز شد...

و... به هر حال و با این همه تفاصیل، نخستین شماره از مجلهٔ پزشکی و جامعه به زیور طبع آراسته شد و در تیراژی وسیع انتشار یافت.

با بذل دقت و توجه به همین شمارهٔ نخست، درخواهید یافت که به راستی کاری متفاوت و کاملاً حرفه‌ای ارائه شده است. نکته‌ها ـ هرچند ظریف و کوچك ـ از نظر دور نمانده‌اند:

ـ مطالب، جدا از چند مقالهٔ اصلی و محوری، حتی‌المقدور کوتاه و درخور حوصلهٔ انسان شتابزدهٔ امروز تنظیم شده‌اند.

ـ در طراحی محتوا، کوشش براین امر استوار بوده که قلمرو وسیع علوم پزشکی مد نظر باشد.

ـ مطالب و مقالات، گرچه علمی است، به زبانی شیوا به نگارش درآمده و ویراستاری شده‌اند تا موجب هرچه بیشتر سهولت در کار مطالعه شوند.

ـ تیترهای جالب، سوتیترهای تکمیلی و عناصر تصویری و هنری، جمله به خدمت گرفته شده‌اند تا مانع از یکنواختی صفحات مجله و کسالت خواننده شوند.

ـ روی جلد این شماره و هر شماره از مجله، تابلویی زیبا و هنرمندانه است، بهره‌مند از یکی از مفاهیم موجود در علوم پزشکی.

ـ گذشته از شماره صفحهٔ معمولی، **شمارهٔ مسلسل** نیز به کار خواهد رفت که در پایان هر دورهٔ انتشاراتی (۱۲ شماره در سال) مجموعه‌ای صحافی شده همراه با فهرست کل محتوا، برای نگهداری در کتابخانه‌ها و مراجعهٔ پژوهشگران و دانشجویان فراهم آید.

ـ و... سرانجام، آنکه **مجلهٔ پزشکی و جامعه** صرفاً چند مقالهٔ پراکنده و دوخته به هم نیست. مجله است، با همان تعریفی که ژورنالیستها از مجله به دست می‌دهند.

سخن آخر

برآنیم که به خواست خدا و حمایت یاران و همکاران همدل و صمیمی، مجلهٔ پزشکی و جامعه را شماره به شماره پربارتر منتشر کنیم و به زودی به مرز انتشار دو هفته یك بار و آنگاه هفته‌نامه برسیم.

امید که همواره حرف و حرکت‌مان صادقانه باشد و لاجرم بر دلها بنشیند.

امید است که هدف بزرگ‌مان در نشر اطلاعات پزشکی به منظور ایجاد یك جامعهٔ سالم و کارآمد، به حقیقت پیوندد.

ـ امید که مجلهٔ ما، جامعهٔ پزشکی را یار باشد و بار نباشد.

ـ امید که اعلام **حضور ما** ابراز **وجود** نیز باشد.

ـ امید که از بطن کمیت موجود، کیفیتی مطلوب زاده شود.

و امید که این تلاش، پسند طبع همکاران و همگان قرار گیرد.

با درود و بدرود،

تا مجالی دیگر و سخنی دیگر.



رویداد

به مناسبت
«پنجم شهریور ـ روز داروسازی»

ابوبکر محمد اب



محمد ابن زکریا، معروف به جالینوس العرب (۲۵۱-۳۱۳ هـ ق) از بزرگترین دانشمندان ایرانی، بزرگترین طبیب بالینی اسلام و قرون وسطی، فیزیکدان، عالم کیمیا (شیمی)، و فیلسوف صاحب استقلال فکر؛ متولّد ری (نزدیک تهران). از زندگی وی چندان اطلاعی در دست نیست. ظاهراً در ری ریاضیات، فلسفه، نجوم، و ادب آموخت، و احتمالاً در جوانی به تحصیل کیمیا مشغول بود؛ و بعد، به سبب آفتی که به چشمش وارد شد، به تحصیل طب پرداخت و در این علم شهرت فراوان یافت و حوزهٔ درسش بلندآوازه شد. در خدمت ابو صالح منصور ابن اسحاق سامانی (حاکم ری) ریاست بیمارستان جدیدالتأسیس آنجا را یافت. بعدها در بغداد رئیس بیمارستان بود. به سبب شهرت فراوانش، فرمانروایان مختلف او را به دربار خود دعوت می کردند. چند بار نیز به مولد خود مراجعت کرد، و سرانجام در همانجا درگذشت. در اواخر عمر، به سبب کثرت مطالعه و تحریر و تجربه های شیمیایی کور شد.

رازی صاحب اخلاق نیکو و رفتار پسندیده بود، و با بیماران به مهربانی و عطوفت رفتار می کرد، و در حق فقرا و ضعفا اعانت می کرد.

تألیفات او را تا ۱۹۸ و تعداد کتابهای منسوب به او را تا ۲۳۷ بر شمرده اند. متأسفانه از آثارش در طبیعیات، ریاضیات، نجوم، و نور شناخت چیزی به ما نرسیده است.

رازی در طب به جنبهٔ علمی آن اکتفا نمی کرد، بلکه به تمام معنی طبیب و در علم و عمل طب استاد مسلم بود. از قول او نقل می کنند که گفته است «تجربه بهتر از علم طب است». یادداشتهای وی که در آنها با کمال دقت بهبودی بیماران خود را توصیف کرده است، در دست است.

معروفترین اثرش در علم طب کتاب حاوی است. آثار دیگرش در این رشته کتاب الطب الملوکی و کتاب منصوری است؛ به علاوه، رساله هایی در باب بعضی امراض دارد که معروفترین آنها کتاب الجدری و الحصبه است که مورد اعجاب و تحسین اروپاییها بوده و آن را از بهترین رساله های طبی قدیم شمرده اند. رسالهٔ معروف دیگرش، به نام مقالة فی الحصی المتولد فی الکلی و المثانی، در باب سنگ مثانه و کلیه است، و با ترجمهٔ فرانسوی در لیدن طبع شده است (۱۸۹۶). اثر طبی دیگرش برء الساعه است. منشأ بسیاری از پیشرفتهای حاصل در علم بیماریهای زنانه، قابلگی، و جراحی چشم را می توان در آثار او یافت.

در سایر کارهای علمی رازی نیز اهمیت دادن به تجربه مشهود است. در

زکریا رازی

علم کیمیا (شیمی)، همهٔ توجیهات فوق طبیعی پدیده‌های طبیعی را طرد کرده است و صرفاً به طبقه بندی مواد شیمیایی و توصیف دقیق تجارب خود پرداخته، و تحقیقاتی در باب وزن مخصوص کرده، و اکتشافات مهمی نیز در این رشته بدو منسوب است (مانند اکتشاف الکل و اسید سولفوریک). علم کیمیا را در طب به کار برده است، و او را می توان از بانیان طبّ شیمی دانست.

رازی در فلسفه و الهیات و ماوراء الطبیعه و مجادلات مذهبی و فلسفی نیز کتبی نوشته، و با آنکه متهم به مانویت است، در اسامی کتب او مجادلات وی با سیس (اسم معروف مانوی و نظیر اسم سیسینیوس، خلیفه مانی) نامی دیده می شود، ولی بیرونی از شیفتگی رازی به کتب مانی سخن می گوید. آثار فلسفی رازی قرنها در دست فراموشی بود، تا آنکه در قرن ۲۰م اهمیّت آنها دگربار مورد توجه قرار گرفت. آراء فلسفی او غالباً مخالف آراء ارسطو بود، و به همین جهت مورد طعن پیروان ارسطو واقع شد. رازی، بر خلاف متفکرین مسلمان پیرو ارسطو، امکان توفیق بین فلسفه و دین را نفی می کند.

رازی معتقد بود که اطلاعات علمی و فلسفی در ترقی است. بر طبق مقاله‌ی دایرةالمعارف اسلام در باب رازی، وی مدعی است که از اغلب فلاسفهٔ قدیم پیشتر رفته است، و حتی خود را برتر از ارسطو و افلاطون می شمارد. در طب همپایهٔ بقراط است، و در فلسفه مقامش نزدیک به سقراط. ولی، پس از وی مسلماً دانشمندانی خواهند آمد که بعضی از نتایجی را که او به آنها رسیده است طرد خواهند کرد، چنانکه او کوشیده است که تعالیم خود را جایگزین نظریات پیشینیان قرار دهد.

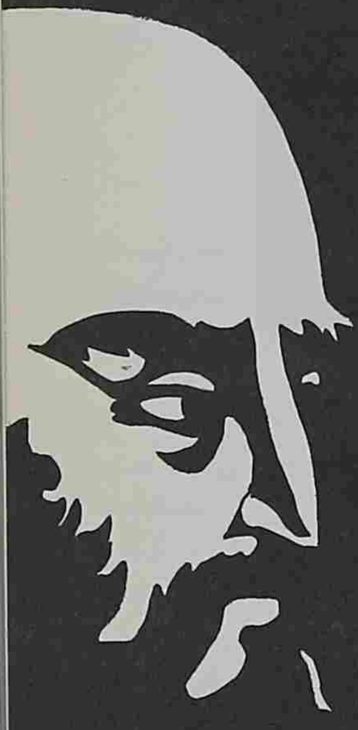
* * *

کتابهای رازی بر حسب فهرست بیرونی بدین ترتیب تقسیم بندی موضوعی می شود:

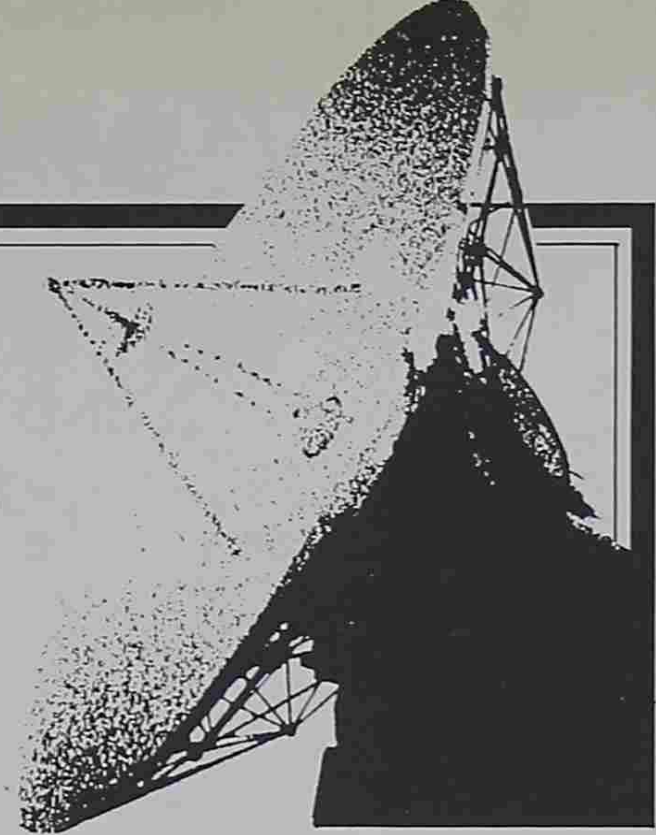
۵۶ کتاب در طب - ۲۳ کتاب در طبیعیات - ۷ کتاب در منطق - ۱۰ کتاب در ریاضیات و نجوم - ۷ کتاب در تفسیر و تلخیص و اختصار کتب فلسفی یا طبی دیگران - ۱۷ کتاب در علوم فلسفی و تخمینی - ۶ کتاب در مافوق‌الطبیعه - ۱۴ کتاب در الهیات ۲۲ کتاب در کیمیا - ۲ کتاب در کفریات - ۱۰ کتاب در فنون مختلف که جمعاً بالغ بر ۱۸۴ جلد می شود و ابن‌ابی‌اصیبعه در عیون‌الانباء فی طبقات‌الاطبا ۲۳۸ کتاب را برای رازی بر می شمارد. دکتر محمود نجم‌آبادی استاد دانشگاه تهران کتابی به‌عنوان مؤلفات و مصنفات ابوبکر محمدبن زکریا رازی نوشته است که در سال ۱۳۳۹ از سوی دانشگاه تهران به چاپ رسید. در این کتاب آنچه از ابن‌الندیم و بیرونی و قفطی و ابن‌ابی صیبعه درباره آثار رازی گفته اند با یکدیگر مطابقت داده شده و مجموعاً ۲۷۱ کتاب برای رازی برشمرده است.

مهمترین کتابهای رازی که در طب نوشته است به این شرح است:

الجامع الکبیر معروف به الحاوی مفصل ترین و مهمترین اثر رازی در طب است. اثبات الطب - المدخل الی الطب - الرد علی الجاحظ فی مناقضة الطب - الکناش المنصوری که الطب المنصوری نیز خوانده می شود - الطب الملوکی - تقاسیم العلل - القرا با ذین الکبیر - القرا با ذین الصغیر - کتاب الجدری و الحصبه که برجسته ترین اثر خدمت فرهنگ اسلامی به علم پزشکی به شمار می رود.



پنجم شهریور، زادروز محمد زکریای رازی و روز داروسازی ایران گرامی باد.
مجلهٔ پزشکی و جامعه



Healing by Wire

With videophones and satellite linkups, an examination by the world's top specialists can be a phone call away

پزشکی و درمان از راه دور *Telemedicine*

یک جراح اعصاب در ایالت آیوا در حال بررسی تصاویر رادیولوژی مریض خود است و فوراً دستورالعمل جراحی او را صادر می کند... یک متخصص قلب در شهر اتلانتا پس از دیدن یک شیشه قرص قلب دست نخورده، رو به مریض خود می کند و از او می خواهد که از داروی خود استفاده کند... یک روانکاو پس از توجه به چهرهٔ بی رنگ فردی که جان سالم از زلزلهٔ ارمنستان به در برده، سعی می کند ناراحتی و تشویش او را تسکین دهد... و...

آیا اینها، موارد معمولی برخورد بین بیمار و پزشک است؟ شاید. ولی در هر مورد که برشمردیم، بیمار و پزشک در کنار هم در اطاق معاینه ننشسته اند؛ بلکه صدها و در یک مورد هزارها کیلومتر از هم فاصله دارند. این پزشکان در حال پزشکی از راه دور یا (Telemedicine) هستند که ترکیبی است از مخابرات راه دور و مراقبت از بیماران که در آن، بیماران مناطق دور افتاده و فاقد امکانات می توانند با تلفن با متخصصین طراز اول که استطاعت تماس حضوری با آنان را ندارند مشورت کنند.

در دو سال اخیر سیستمهای دوراهه Video Telemedicine در ایالات تگزاس، جورجیا و وست ویرجینیا و سیستمهای کمتر پیشرفته (با استفاده از عکس ساده) در ایالات آیوا، نورث کارولینا و نوادا و چند ایالات دیگر دایر شده اند. پزشکان امریکایی با استفاده از ماهواره با بیماران مختلف در ارمنستان و فیلی پین در تماس بوده و بیماری آنها را تشخیص داده اند. دکتر جی سندرز- یکی از پیشگامان این سیستم که اکنون در دانشگاه میامی تدریس می کند- می گوید: **«این شیوهٔ جدید معاینه مانند این است که ما متخصصین را تکثیر می کنیم و به اقصی نقاط جهان می فرستیم.»**

از زمانی که اولین تلفن ویدیویی در نمایشگاه جهانی نیویورک در سال ۱۹۶۴ به نمایش گذاشته شد، پزشکان در رؤیای درمان با تلفن بوده اند. اما امکان ارسال یک عکس سرشار از جزئیات از طریق یک سیم کابل مسی یک میلی متری وجود نداشت. تا اینکه در سالهای دههٔ ۱۹۸۰ مهندسین ضمن کارکردن با روش جدیدی به نام Digital Signal Compression یا فشرده کردن علائم از طریق دیجیتال، موفق شدند قدرت حمل اطلاعات خطوط معمولی تلفن را ۳۰ برابر افزایش دهند.

متخصصین رادیولوژی، کاردیولوژی، و نوزادشناسی که خدمات گران قیمت آنان مورد نیاز شدید مناطق روستایی در امریکا است، با سرعت هرچه تمامتر به استقبال این تکنولوژی جدید پزشکی رفتند. این پزشکان، اکثر تشخیص های طبی خود را با روشهای تشخیصی مانند اکوکاردیوگرافی، سی. تی. اسکن، و فیتال مانیتورینگ انجام می دهند که می توانند

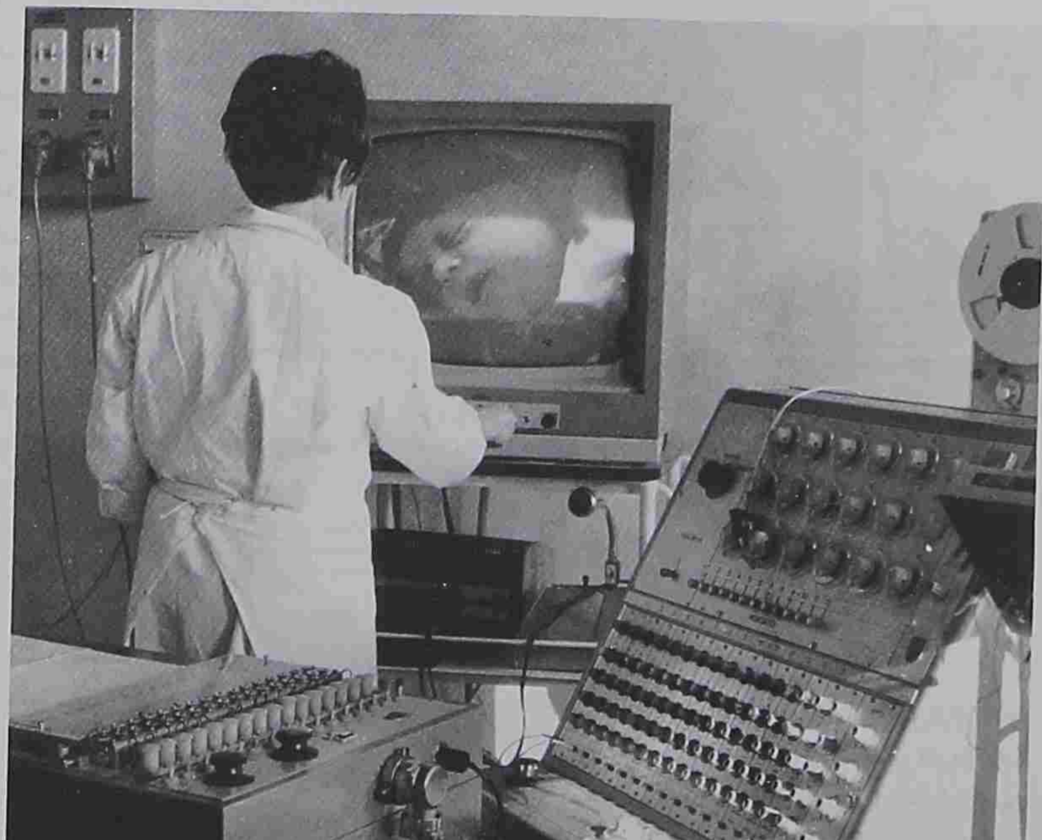
* ماهواره‌ها در خدمت مداوای بیماران در اقصی نقاط جهان

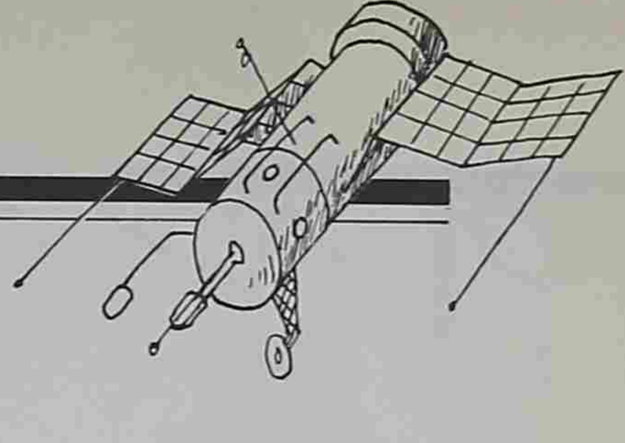
به صورت الکترونیکی نشان داده شوند و به راحتی از طریق سیم ارسال شوند. برای شهرهایی مانند ایندیانولا در ایالت میسی سی پی با جمعیت ۱۲۰۰۰ نفر، این تکنولوژی کاملاً به موقع رسید. یک شب در ماه گذشته پزشک کشیک بیمارستان South Sunflower County دختر بچه پنج ساله‌ای را پذیرفت که به طرز معجزه‌آسایی از یک تصادف رانندگی وحشتناک جان سالم به در برده بود. گذشته از چند جراحت سطحی، به نظر می رسید دخترک در وضعیت نسبتاً خوبی باشد (گرچه آزمایشات نشان می داد مقدار زیادی خون از دست داده است). یک سال قبل، پزشکان به احتمال زیاد چنین بیماری را فقط تحت مراقبت قرار می دادند. ولی سیستم Teleradiology Associates بیمارستان، اخیراً شروع به استفاده از کرده بود که مرکز آن در دورهام در ایالت کارولینای شمالی بود. به عنوان احتیاط، پزشک کشیک یک سی.تی.اسکن از دختربچه را برای آنها فرستاد. با مشاهدهٔ سی.تی.اسکن دختر بچه روی صفحهٔ تلویزیون در دفتر خود واقع در ۳ ایالت دورتر، آقای دکتر فورزبرگ متوجه شد که اشکالی وجود دارد و ظاهراً طحال بچه پاره شده است. او بلافاصله دستورالعمل جراحی داد که این امر باعث نجات جان دختربچه شد.

آقای دکتر تومی کوسک که یک پزشک محلی و علاقه‌مند به Teleradiology در ایالت نبراسکا است می گوید: **«اطمینان‌بخش است که در نیمه‌شبی انسان می تواند بهترین خدمات پزشکی موجود را در اختیار بیماری در فاصله‌ای بسیار دور قرار دهد».**

خطوط تلفن مجهز به تکنولوژی فشرده کردن اطلاعات می توانند تصاویر ویدیویی معمولی را نیز انتقال دهند. شبکه هایی که به پزشک و بیمار امکان می دهند به اصطلاح به صورت رو در رو راجع به عوارض بیماری و تشخیص و درمان صحبت کنند، هم اکنون در ایالات تگزاس، ویرجینیای غربی، جورجیا و فلوریدا به وجود آمده‌اند که در فلوریدا از این سیستم برای مداوای زندانیان هم استفاده می شود. البته تصاویر هنوز قدری از نظر کیفیت واضح نیستند و ایراد دارند ولی متخصصان مشاور می توانند پزشک یا پرستار حاضر در محل را راهنمایی کنند و نتیجه را مورد بحث قرار دهند. آقای دکتر چارلز دریسکول پزشک خانواده در دانشگاه آیوا می گوید: **«این مثل آموزش خلبانی هواپیماست که خلبان در کنار شما قرار دارد».**

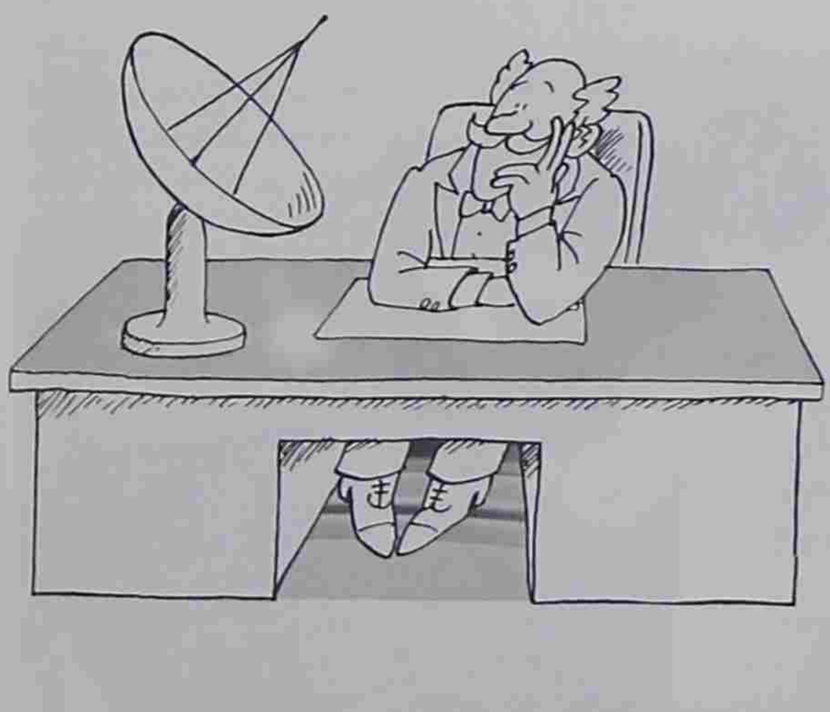
آیندهٔ پزشکی از راه دور را می توان در یک آزمایش جدید که تلفیقی از مخابرات ماهواره‌ای و تلویزیون با کیفیت بالا High Definition Television است مشاهده کرد. در دسامبر سال گذشته پزشکان در بوستون با استفاده از این تکنیک بیمارانی را که در شهر بلیز مبتلا به بیماری





Cutaneous Leishmaniasis (سالک) بودند مورد مقایسه قرار دادند. دکتر لیندا برینک می گوید که کیفیت تصاویر خیره کننده بود. پزشکان به راحتی می توانستند تغییرات حالت و رنگ پوست را که مشخصهٔ این بیماری است تشخیص دهند. مشکل اینجاست که ماهواره و HDTV میلیونها دلار هزینه دارد و حتی سیستم های پزشکی از راه دور و به طریق ساده که از خطوط تلفن معمولی و ویدیوی دوطرفه استفاده می کند، در حدود ۵۰۰ هزار دلار تمام می شود. دکتر تونی فرانکن رئیس بخش رادیولوژی دانشگاه آیوا می گوید که این برای بیمارستانهای محلی بسیار گران است. اما هزینه فیبر نوری و فشرده کردن دیجیتال در حال کاهش است. در نهایت، صرفه جویی های پیش بینی شده از پزشکی از راه دور (تا ۱۵۰۰ دلار برای هر بیمار که لازم نیست به بیمارستانهای دارای وسایل مراقبت های حاد منتقل شود) جبران هزینه را خواهد کرد. برای علاقه مندانی مانند دکتر برینک امکانات نامحدود است. او در فکر روزی است که متخصصین امریکایی خواهند توانست به پزشکان در مناطق دورافتادهٔ آفریقای مرکزی آخرین تکنیکهای تشخیص بیماری را آموزش دهند و آن پزشکان به نوبهٔ خود خواهند توانست همکاران امریکایی خود را در جریان آخرین تحولات و بحرانهای بهداشتی در مناطق خود قرار دهند. به عنوان مثال او می گوید ارتباطات ماهواره‌ای با پزشکان آفریقایی در دههٔ ۶۰ می توانست توجه جامعهٔ پزشکی را به مسئلهٔ مشکلات بهداشتی منطقه (سالها قبل از اینکه به شکل بحرانی در غرب ظاهر شود) جلب کند. حداقل، این یکی از راههایی است که کمک می کند انسان بتواند در یک دنیای کوچک اما ایمن تر زندگی کند.

*** با تلفن ویدیویی**
و به کمك ارتباطات ماهواره‌ای،
معاینات پزشکی
توسط بهترین متخصصین جهانی
می تواند به راحتی
یك تلفن کردن باشد.



کمک هزینه برای
دانشجویان و پژوهشگران علوم پزشکی

اجتماعی

مجلهٔ پزشکی و جامعه بر فراز رسالتی که دارد، به منظور بالا بردن سطح دانش پزشکی و برقراری همکاری و همگامی با کلیهٔ دانشجویان و پژوهشگران که در زمینه‌های علوم پزشکی به تحقیق و پژوهش در مسائل مختلف بهداشتی، درمانی، علوم آزمایشگاهی، پیشگیری، تغذیه، آموزش پزشکی، کنترل جمعیت و تنظیم خانواده و... می پردازند، در نظر دارد بر پایه برنامه‌های تنظیمی و با تصویب شورای نویسندگان مجله به آن گروه از دانشجویان پزشکی که قصد تهیه پایان نامه دارند و پژوهشگرانی که موضوع تحقیق آنها مورد تأیید مجله باشد، کمک هزینهٔ متناسبی پرداخت کند.

کلیهٔ دانشجویان محترم پزشکی و پژوهشگران ارجمند می توانند در این زمینه با مجلهٔ پزشکی و جامعه همکاری داشته باشند و در چارچوب ضوابط تعیین شده از تسهیلات و کمک هزینهٔ برخوردار شوند.

برای اطلاع از جزئیات طرح، با دفتر مجلهٔ پزشکی و جامعه ارتباط حاصل فرمایید.

مصاحبهٔ اختصاصی مجلهٔ پزشکی و جامعه با پروفسور ایرج گنج‌بخش،
دارندهٔ ۹ سمت برجستهٔ علمی و ادرای در فرانسه



هزارمین پیوند قلب

معرفی

پروفسور ایرج گنج‌بخش، متولد آبان‌ماه سال ۱۳۲۰ (تهران) و فرزند شادروان دکتر سید حسین گنج‌بخش استاد کرسی دپارتمان آناتومی دانشگاه تهران، دیپلم متوسطه را در سال ۱۳۳۸ با رتبهٔ اول از دبیرستان رازی تهران دریافت داشت و در همان سال در کنکور ورودی دانشکدهٔ پزشکی دانشگاه تهران حائز رتبهٔ اول شد. اما برای ادامه تحصیلات دانشگاهی با استفاده از بورس به کشور فرانسه عزیمت نمود و در دانشکدهٔ پزشکی پاریس مشغول تحصیل شد (سال ۱۹۵۹). در فرانسه، در حالی که دانشجوی سال چهارم دانشکدهٔ پزشکی پاریس بود، در کنکور انترنای پاریس شرکت کرد و در اولین دوره به موفقیت دست یافت.

پروفسور گنج‌بخش پس از دریافت دکتری پزشکی با رتبهٔ اول از دانشگاه پاریس و دریافت جایزهٔ مخصوص بهترین تز دکترای پزشکی و گذراندن دورهٔ تخصصی جراحی و جراحی قلب و عروق و توراکس، در سال ۱۹۷۶ به عنوان استادیار Associated Professor جراحی قلب و عروق دانشگاه پاریس مشغول به کار شد. در سال ۱۹۹۰، ایشان به عنوان استاد (Professor) رئیس بخش جراحی قلب و عروق و توراکس در بیمارستان Pitiè-Salpetriere پاریس برگزیده شد و بدین ترتیب یک پزشک ایرانی با استعداد و جوان توانست ریاست یکی از مهمترین بخشهای جراحی قلب و عروق اروپا را به خود اختصاص دهد.

در زمینهٔ کارهای تحقیقاتی، پروفسور ایرج گنج‌بخش اولین جراح ایرانی است که عمل پیوند قلب انجام داده است (۱۹۶۸ میلادی= ۱۳۴۷ هـ.ش) و اولین جراح در دنیا است که گزارش هزارمین عمل «پیوند قلب» خود را ارائه داده است (حد فاصل سالهای ۱۹۶۸ تا ۱۹۹۱) که این آمار یک رکورد جهانی محسوب می‌شود. در حال حاضر، پروفسور گنج‌بخش مشغول تحقیق در زمینهٔ پیشرفتهای این رشته در زمینه‌هایی مانند پیوند قلب حیوانات به انسان است.

پروفسور گنج‌بخش در سال ۱۹۸۸ موفق به احراز مدال ملی لیاقت فرانسه شد.

سمت‌های علمی و اداری پروفسور ایرج گنج‌بخش در حال حاضر:

۱ - استاد دانشکدهٔ پزشکی پاریس.
۲ - رئیس بخش جراحی قلب و عروق و توراکس در بیمارستان Pitiè پاریس.
۳ - رئیس گروه بیماریهای دریچه‌ای انجمن قلب فرانسه.
۴ - مشاور و عضو گروه مؤسس انجمن پیوند قلب اروپا.
۵ - عضو گروه مؤسس «انجمن پیوند ارگان» در فرانسه.
۶ - کارشناس و پزشک معتمد دادگستری فرانسه.
۷ - عضو انجمن جراحی قلب و عروق و توراکس اروپا.
۸ - عضو انجمن قلب فرانسه.
۹ - عضو آکادمی جراحان فرانسه.

پروفسور ایرج گنج‌بخش استاد دانشکدهٔ پزشکی پاریس و رئیس بخش جراحی قلب و عروق و توراکس بیمارستان Pitiè-Sal Petriere پاریس در دسامبر سال ۱۹۹۱ هزارمین پیوند قلب خود را انجام داد و در ژانویه سال ۱۹۹۲ نتایج حاصله از هزار پیوند قلب خود را به انجمن قلب اروپا گزارش داد.

مجلهٔ پزشکی و جامعه، با توجه به اهمیت این رویداد بزرگ و افتخاری که برای جامعهٔ پزشکی ایران در بر دارد، مصاحبهٔ اختصاصی زیر را با پروفسور گنج‌بخش به عمل آورده و خوانندگان خود را در جریان خلاصه گزارش ۱۰۰۰ پیوند قلب که به‌وسیلهٔ پروفسور گنج‌بخش به انجمن قلب اروپا ارائه شده قرار می‌دهد.

***

پزشکی و جامعه: به‌عنوان نخستین سئوال و برای ورود به بحث، لطفاً چکیده‌ای از گزارش مربوط به «۱۰۰۰ پیوند قلب» را بیان بفرمایید.

پروفسور گنج‌بخش: ما تاکنون ۱۰۰۰ پیوند قلب، یا قلب و شش انجام داده‌ایم، که اولین آن در سال ۱۹۶۸ در بیمارستان Pitiè-SALPETIERE پاریس (که اولین پیوند قلب در اروپا نیز هست) صورت گرفت و هزارمین آن نیز در دسامبر ۱۹۹۱، در همان بیمارستان انجام گرفت.اولین اکیپ جراحی در دنیا هستیم که به این آمار دست یافته‌ایم.

پزشکی و جامعه: تاریخچه و سابقهٔ این اعمال جراحی را بیشتر توضیح دهید.

پروفسور گنج‌بخش: در سال ۱۹۶۸ تعداد ۱۲۳ پیوند قلب در دنیا انجام شد که نتایج آن بسیار بد بود و تمام بخشهای جراحی قلب در دنیا از پیوند قلب صرف‌نظر کردند، بجز دو بخش: ۱ـ بخش جراحی قلب در بیمارستان Pitie' ۲ـ Shumuay در Stanford کالیفرنیا. از سال ۱۹۷۳ تا ۱۹۸۰ سالیانه بین ۱۵ تا ۲۰ پیوند قلب بیشتر انجام نمی‌شد. ولی در این مدت تمام تکنیکهای جراحی، نحوهٔ انتخاب بیمار، مراقبتهای بعد از عمل جراحی، عوارض بعد از عمل جراحی، نحوهٔ انتخاب Donneur (دهندهٔ قلب) و Receveur (گیرندهٔ قلب) برای ما شناخته شد و در سال ۱۹۸۰ سیکلوسپورین نیز کشف شد، این امکان فراهم آمد که به زودی در پیوند قلب مورد استفاده قرار گیرد. از این ماده نتیجهٔ خوبی به دست آمد؛ همچنین دلیلی شد که از سال ۱۹۸۵ تعداد پیوند قلب بیشتری در دنیا انجام شود و بخشهای جراحی قلب زیادی به این عمل روی آورند.

در سال ۱۹۸۱ اکیپ استانفورد اولین پیوند قلب و شش را انجام داد و در سال ۱۹۸۲ ما در Pitie' اولین پیوند قلب و شش را در اروپا انجام دادیم. اضافه می‌کنم که بیشترین عمر یک بیمار پیوند قلب شده، بیماری است که در ۱۹۷۴ عمل شد و در اواخر ۱۹۸۹ فوت کرد.

پزشکی و جامعه: در چه شرایطی باید پیوند قلب انجام داد؟

پروفسور گنج‌بخش: ۱ـ موقعی که عضله قلب کار نمی‌کند و یا با معالجات دارویی و یا جراحیهای ترمیمی و تعمیری نمی‌توان کاری انجام داد و این عارضه را معالجه کرد. ۲ـ وقتی که، احتمال زنده‌ماندن بیمار کمتر از ۶ ماه است و در چنین شرایطی باید قلب بیمار را عوض کرد.

پزشکی و جامعه: چه بیماریهایی باعث از بین رفتن عضلهٔ قلب می‌شوند؟

پروفسور گنج‌بخش: بیماریهایی که باعث از بین رفتن عضله قلب شده و در نهایت منجر به پیوند قلب می‌شوند عبارتند از:

۱ـ Cardiomyo Pathie Dilate' (۴۰ درصد)

۲ـ Ischemique Cardiomyo Pathie یعنی افرادی که انفارکتوس‌های متعددی انجام داده‌اند (۴۵ درصد).

۳ـ بیماریهای دریچه‌های قلب: وقتی که با عوض کردن دریچه‌های قلب، عضلهٔ قلب جبران Recuperer نمی‌کند و به یک نوع کاردیومیوپاتی تبدیل می‌شود و بیماری عضلهٔ قلب پیشرفت می‌کند (۸ درصد) و بقیهٔ موارد: Retransplantation و کاردیومیوپاتی‌های Hypertrophique یا Restrictive

پزشکی و جامعه: چند نوع تکنیک جراحی برای پیوند قلب وجود دارد؟

پروفسور گنج‌بخش: از نظر تکنیک جراحی، ۲ نوع پیوند قلب وجود دارد:

۱ـ Transplantation Orthotopique که در آن قلب بیمار از سینه خارج می‌شود و جای آن یک قلب جدید قرار می‌گیرد.

۲ـ Transplantation Heterotropique که قلب بیمار سرجای خود می‌ماند و مجاور آن در سمت راست سینه، یک قلب دوم گذاشته می‌شود که از نظر ارتباط عروقی با قلب اول با هم به‌طور موازی در تماس هستند.

پزشکی و جامعه: سئوالی که اینجا مطرح می‌شود این است که قلب از کجا می‌آید؟

پروفسور گنج‌بخش: در درجهٔ اول قلب از افرادی برداشته می‌شود که در کُمای درجه ۴ هستند و در درجهٔ بعد

وقتی که با دو بار امتحان به فاصلهٔ ۶ ساعت الکتروآنسفالوگرام (.E.E.G یا نوار مغزی) صفر است و سرانجام، به خصوص باید دقت کرد که Donneur از باربیتورها استفاده نکرده باشد که اثرات جانبی روی .E.E.G داشته باشد. در حالتهای فوق قلب Donneur را می توان برداشت و این عمل در هر حال تابع قوانین پیوند در هر کشوری است.

پزشکی و جامعه: شرایط این عمل چیست؟

پروفسور گنج بخش: بین Donneur (دهنده قلب) و Receveur (گیرندهٔ قلب) بایستی از دو نظر هماهنگی وجود داشته باشد: ۱ - یکی از نظر ایمنولوژیک ۲ - از نظر همودینامیک. از نظر ایمنولوژیک، مابین دهندهٔ قلب و گیرندهٔ قلب بایستی از نظر گروه خونی هماهنگی باشد؛ و اینکه باید دقت داشت که در سرم خون Receveur آنتی کور Cytotoxique بر علیه پیوند وجود نداشته باشد. از نظر (Hemodynamique) بایستی به این سه نکته توجه داشت: الف - هماهنگی بین وزن بدن دهندهٔ قلب و بیمار گیرندهٔ قلب. ب - مقدار فشار خون در شریان ششی Receveur ج - Dose داروهای Inotrope در نزد Donneur.

در هفتهٔ اول بعد از عمل لازم است که به کمک داروهای مخصوص، کار قلب پیوند شده را به مقدار نیاز قلبی که Receveur لازم دارد، رسانید.

پزشکی و جامعه: و اگر بدن واکنش نشان دهد؟

پروفسور گنج بخش: قلب پیوند شده یک جسم خارجی برای بدن گیرنده محسوب می شود. واکنش طبیعی این است که بدن Receveur این جسم خارجی را از خود براند که به این عمل Rejet می گویند. برای جلوگیری از واکنش Rejet لازم است که داروهایی به بیمار داده شود. به این داروها Immunosupreceur می گویند، که این داروها ۴ خانواده هستند: ۱ - کورتیکوئیدها ۲ - Antimitotique ۳ - Globulin Antilynlynphocytaire گلوبولین آنتی لنفوسیتر ۴ - سیکلوسپورین. خاصیت سیکلوسپورین این است که روی دفاع عمومی بدن اثر نمی کند و اثر آن روی آن قسمتی از سیستم دفاعی بدن است که در واکنش Rejet شرکت می کند.

پزشکی و جامعه: ترتیب تجویز این داروها چگونه است؟

پروفسور گنج بخش: این داروها با Dose زیاد شروع می شوند و سعی می شود به مرور زمان مقدار دارو کم شود مگر وقتی که Rejet پیش می آید و در این صورت نسبت به شدت یا ضعف واکنش Rejet یک یا مخلوطی از این داروها را در Dose بالا به بیمار می دهند تا رآکسیون Rejet از بین برود.

در این حال، چون دفاع عمومی بدن کم است، پس امکان بروز بیماریهای عفونی وجود دارد که اگر چنین شد بایستی با داروهای مخصوص - به ویژه آنتی بیوتیکهای انتخابی - این عفونت معالجه شود.

پزشکی و جامعه: لطفاً یک نتیجه گیری کلی ارائه دهید؟

پروفسور گنج بخش: نتیجه اینکه برای بیمارانی که توانسته اند عمل شوند و مرحلهٔ یک ماه بعد از عمل را پشت سر گذاشته اند، احتمال ادامهٔ زندگی در ۹ سال ۷۰ درصد است و در این مرحله زندگی آنها در شرایط خوب است. در ۳ ماههٔ اول بعد از عمل، کنترل هفته ای یک بار لازم است. بعد از ۶ ماه، کنترل ماهی یک مرتبه لازم است و بعد از یک سال، کنترل هر سه ماه یک مرتبه کافی است. این افراد می توانند زندگی طبیعی داشته باشند، کار کنند، به شغل قبلی خود بازگردند و حتی بچه دار شوند. کما اینکه تا به حال چندین زن که پیوند قلب شده اند توانسته اند حامله شوند و به طور طبیعی زایمان کنند. این را هم بگوییم که هر ساله در اروپا مسابقات ورزشی میان افراد پیوند قلبی انجام می شود. آمار نیز نشان می دهد که این افراد تا چه اندازه می توانند فعالیت بدنی داشته باشند.

پزشکی و جامعه: آیندهٔ پیوند قلب را چگونه ارزیابی می کنید و چه پیش بینی برای آن دارید؟

پروفسور گنج بخش: پیشرفتهای آینده در این رشته در گروه دو عامل خواهد بود:

۱ - کشف داروهای Immunosupreceur جدید که بیشتر انتخابی باشند.

۲ - در حال حاضر در دنیا تعداد قلب Donneur کم است و تعداد Receveur زیاد است و آمار نشان می دهد که سالیانه چندین هزار بیمار Receveur که برای پیوند قلب انتخاب شده اند به علت نبودن Donneur و قلب، جان خود را از دست می دهند. بنابراین یا بایستی بر اثر پیشرفت علم بتوان از قلب حیوانات برای انسان استفاده کرد یا قلبهای مصنوعی اختراع شود، به نحوی که تمام قلب مصنوعی درون قفسهٔ سینهٔ بیمار (Receveur) قرار گیرد؛ به طوری که منبع انرژی درون خود قلب مصنوعی قرار داشته باشد.

پزشکی و جامعه: فعالیت شما در کدام یک از دو زمینهٔ مذکور است؟

پروفسورگنج بخش: باید بگوییم که در هر دو زمینه مشغول فعالیت هستم.

پزشکی و جامعه: برای شما آرزوی موفقیت هر چه بیشتر داریم و از اینکه وقت خود را در اختیار ما و این مصاحبه گذاشتید متشکریم.



۱۰۰ یا ۳۰۰؟ مسئله این است!

***گزارش ویژه، در تلاش برای دستیابی به شیوهٔ منطقی تعیین نرخ ویزیت پزشکان.**

نرخ ویزیت پزشکان، در جامعهٔ پزشکی و در کل جامعه به صورت مسئلهٔ روز در آمده است. مطابق برنامه‌ها و دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، با در نظر گرفتن مواردی (چون نوع تخصص پزشک) نرخی برای هر مطب تعیین و به پزشک ابلاغ شده است. اما، نه مبلغ تعیین شده رعایت می‌شود و نه نرخ ویزیت در معرض دید بیماران و مراجعه کنندگان قرار می‌گیرد.

در واقع نیز مبنای روشنی برای تعرفه‌های پزشکی در دست نیست. چنین مبنایی، اگر قرار است تعیین شود، می‌باید متغیرهای گونه‌گونی را پاسخ گوید:

- زمان معاینه؟
- دقت در معاینه؟
- تجربه و قدرت تشخیص پزشک؟
- ویژگی و پایهٔ علمی پزشک (عمومی، داخلی، متخصص،...)
- نحوهٔ مشارکت بیمار (عامل کنترل کننده؟!)
- مکانیسم حاکم بر ارتباطات (عرضه و تقاضا؟ نرخ شناور سالیانه؟)
- خدمات ارائه شده (معاینه؟ جراحی ساده؟ مشاوره؟...)
- نقش مراکز مسئول (نظام پزشکی، تأمین اجتماعی، برنامه و بودجهٔ استان، مراکز درمانی...)

و... دیگر عوامل که در این فرآیند پیچیده دخالت مستقیم یا غیر مستقیم دارند و در نهایت امر نیز خود تابعی از فاکتورهای اقتصادی موجود و حاکم بر جامعه هستند.

مجلهٔ پزشکی و جامعه، با اعتقاد راسخ بر نقش حساس و عملکرد انسانی و حیاتی پزشکان زحمتکش ایران و تاکید بر این نکته که پزشکان در ادامهٔ مسئولیت مهم خود در محاصرهٔ انواع مسائل و مشکلات حرفه‌ای و اقتصادی قرار دارند، اقدام به تهیه و انعکاس گزارش حاضر کرده و امیدوار است در این رهگذر، سرانجام راه حلی که اساس آن اعتماد و احترام متقابل پزشک و بیمار باشد به دست آید و راه برای خدمتگزاری هر چه بیشتر باز شود.



وزیر بهداشت و درمان دربارهٔ حق ویزیت پزشکان چه می‌گوید؟

مدتها قبل از آنکه افزایش نرخ ویزیت پزشکان اعلام شود، آنان در شهرهای دور و نزدیک ایران به سلیقهٔ خود ویزیت هایشان را بالا برده بودند، که خبرهایش نیز در روزنامه‌ها چاپ شد و انتقادهایی هم به دنبال آورد.

دکتر رضا ملک‌زاده - وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - طی گفت‌وشنود مفصلی که در آذرماه سال ۱۳۷۰ با خبرنگار روزنامهٔ جمهوری اسلامی انجام داد، منجمله دربارهٔ حق ویزیت پزشکان نیز به اظهار نظر پرداخت

رئیس جمهور: بیمه همگانی یکی از راههای مهم حل مشکل هزینه درمان است.

❊ «بیمه همگانی یکی از راههای مهم حل مشکل هزینهٔ درمان است و ما باید با گام نهادن در این راه کاری کنیم که مردم نگران عواقب مداوای بیماری خود نباشند و اطمینان یابند که با پرداختی که از قبل صورت گرفته، درمان آنها تأمین است؛ و امیدواریم که در برنامهٔ دوم این امر با جدیت بیشتری پیگیری شود و تحقق یابد».

رئیس جمهور در دیدار با اعضای شورایعالی و مسئولان نظام پزشکی سراسر کشور.



و گفت: «...از مسائل جدی که ما در بحث تعرفه‌ها داشتیم، این بود که مبنای ویزیت را «مدت زمانی» گذاشتیم که مریض ویزیت می شود.

در خیلی از کشورها مبنای ویزیت مدت زمان است که یک مریض به دکتر مراجعه می کند و توسط او معاینه می شود. بحث ما این است که فاکتور زمان را در نظر بگیریم و بر اساس آن حق ویزیت را تعیین کنیم.

ما در این فکر هستیم که مبنای تعرفه را زمان معاینه و دقت و تشخیص پزشک قرار دهیم. یک روش دیگر برای کنترل این است که تعرفه‌ها را سال به سال اعلام کنیم. در خیلی از کشورها این کار به عهدهٔ پزشک است و حق ویزیت را او تعیین می کند و به علاوه معیارهایی وجود دارد که مثلاً یک پزشک داخلی برای بیمار، لااقل ۱۰ دقیقه وقت صرف می کند، و یا مثلاً یک مورد تخصصی به دقت بیشتری نیاز دارد، و مهمتر از همه خود بیمار است که می تواند کنترل کننده باشد...

ما اخیراً طرحی داده‌ایم به عنوان جراحی سرپایی، که در دنیا سابقه دارد. در این طرح برای تعداد معینی از عمل‌های سادهٔ جراحی تعرفه‌هایی تعیین شده است که از آن جمله برداشتن زگیل، کشیدن ناخن‌های دارای مسئله، برداشتن غدد لنفاوی و شکسته‌بندی قابل ذکر است. با این طرح از تخت‌های بیمارستانی کمتر استفاده می شود، هزینه‌های بیمار کاهش می یابد و در ضمن از ظرفیت موجود پزشکی کشور بیشترین استفاده به عمل می آید.»

دکتر ملک زاده در همان گفت و شنود با اشاره به نظام بیمهٔ بیماران می گوید: «نظام بیمهٔ ما وقتی موفق می شود که سه شرط داشته باشد: اول، این است که نظام پرداخت بر اساس اعتماد به پزشک باشد. دوم اینکه مردم حق انتخاب بودجهٔ خدمات مورد نظر خود را داشته باشند، و سوم این که پزشکان مالیات بیشتری بپردازند.»

عملکرد منطقه‌ای

دکتر نوبخت حقیقی - معاون درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - با اشاره به این موضوع که عدم کنترل قیمت‌ها تنها به بخش درمان محدود نیست، می گوید: «در مورد تعدیل تعرفه‌های درمانی از سال ۱۳۶۵ تاکنون اقدام چشمگیری صورت نگرفته و در کنار این مسئله، تورم موجود باعث افزایش تعرفه‌های پزشکی شده است.»

وی در مسافرت مهرماه ۱۳۷۰ به لرستان، همچنین اعلام کرد: «برای تعیین تعرفه‌های مراکز درمانی و پزشکان، به استان‌ها اختیار داده می شود که منطقه‌ای عمل کنند و کمیته‌ای متشکل از روسای سازمان‌های بهداشت و درمان تأمین اجتماعی، نظام پزشکی و برنامه و بودجه استان، با توجه به موقعیت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی هر استان، تعرفه‌های پزشکی آن استان را تعیین کنند.»

سازمان نظام پزشکی، سکوت و عدم موضع‌گیری صریح و مستقیم

در مورد نرخ ویزیت پزشکان که به صورت «مسئلهٔ روز» در جامعه نمود یافته است، سازمان نظام پزشکی تاکنون عکس العملی مستقیم و رسمی نداشته است و به نظر می رسد فعلاً در برابر

دکتر ملک‌زاده
وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی:

* «ما در این فکر هستیم که مبنای تعرفه را زمان معاینه و دقت و تشخیص پزشک قرار دهیم».
* «نظام بیمهٔ ما وقتی موفق می‌شود که: نظام پرداخت براساس اعتماد به پزشک باشد... مردم حق انتخاب بودجهٔ خدمات موردنظر خود را داشته باشند... و پزشکان مالیات بیشتری نپردازند».



موضوع حق‌الزحمهٔ پزشکان، سیاست سکوت را در پیش گرفته باشد. هر چند که گفته می‌شود مسئولان سازمان نظام پزشکی در جلسات خود سرگرم بررسی نرخ ویزیت پزشکان از ابعاد گوناگون هستند، ولی بعید به نظر می‌رسد که بر خلاف نرخ‌های اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مطلبی عنوان کنند یا موضعی بگیرند!

از آنجا که تلاش ما برای گفت‌وگو با مسئولان سازمان نظام پزشکی برای آگاهی از نظراتشان پیرامون حق ویزیت پزشکان به جایی نرسید، به آرشیو خبرهای این سازمان روی آوردیم و تنها به یک مورد اظهار نظر غیر مستقیم نظام پزشکی برخوردیم، که تاریخ آن به حدود دو سال پیش می‌رسد و در آن آمده است: «براساس تصمیمات جدیدی که به‌وسیلهٔ سازمان نظام پزشکی اتخاذ شده است، از این پس با پزشکانی که خارج از ضوابط در مطب‌ها از بیماران پول می‌گیرند، برخورد قاطع خواهد شد و از پذیرفتن آنان در بیمارستان‌های دولتی خودداری به‌عمل خواهد آمد.

همچنین، در نشست با مدیران و اعضای هیئت مدیرهٔ بیمارستانهای خصوصی، از آنان خواسته شد مراتب تخلف پزشکان را به نظام پزشکی اعلام کنند تا مورد رسیدگی قرار گیرد.»

در اواخر بهمن ماه گذشته دکتر ملک‌زاده وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نیز در نخستین دورهٔ شورای عالی نظام پزشکی، به زمینه‌های همکاری این وزارتخانه و سازمان نظام پزشکی اشاره کرد و گفت: «تعیین تعرفه‌های جدید پزشکی از جمله همکاری‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سازمان نظام پزشکی است، و امید است با این همکاری یک تعرفهٔ جدید و قابل قبول برای پزشکان و بیمارستانها تعیین کنیم».

دیدگاههای مردم

در گفت‌وشنود با مراجعان مطب‌ها، اظهارنظرهای مختلف و گاه متضادی دربارهٔ ویزیت پزشکان و بی‌نظمی حاکم بر آن مطرح می‌شود.

عده‌ای می‌گویند افزایش ناگهانی و نامعقول حق ویزیت پزشکان، برای افراد کم درآمد مشکلات عدیده‌ای ایجاد کرده و این مسئله در کنار افزایش قیمت دارو، هزینهٔ مداوای بیماران را سنگین و سخت کرده است.

این عده همچنین می‌گویند دولت باید نرخ ویزیت پزشکان را متناسب با درآمد اقشار محروم جامعه تعیین کند و ضمن کنترل دقیق آن، با پزشکانی که از نرخ تعیین شده فراتر می‌روند برخوردی قاطع داشته باشد.

معدودی نیز که با شیوهٔ گذران زندگی و مخارج مربوط به طبابت (منجمله کرایهٔ مطب و حقوق منشی و امثال آن) آشنایی دارند، مقولهٔ حق‌العلاج پزشکان را از مشکلات اقتصادی افراد جامعه جدا می‌دانند و معتقدند که مکانیسم تعیین نرخ ویزیت پزشکان باید با توجه به هزینه‌هایی که ناگزیر از تحمل آنند محاسبه شود. در این میان، چنانچه بار مالی درمان برای افراد جامعه سنگین است، باید از سوی مسئولان ذیربط

دکتر نوبخت
معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

* «مشکل تورم باعث افزایش تعرفه‌های پزشکی شده است.»
* «برای تعیین تعرفه‌های مراکز درمانی و پزشکان، به استانها اختیار داده می‌شود که منطقه‌ای عمل کنند.»



چاره‌اندیشی شود.

با این همه، هنوز در مورد شیوهٔ تعیین حق ویزیت پزشکان و اصولاً ضرورت یا عدم ضرورت آن، نظرات یکسان و واحدی بین مردم و مسئولان وجود ندارد و این مسئله همچنان به صورت یک معضل اجتماعی، آثار و تبعات سوء خود را به جامعه تحمیل می‌کند. در تلاش برای دستیابی به راه‌حل‌های عملی برای مشکل حق ویزیت پزشکان (به ترتیبی که منجر به جلب رضایت پزشکان و بیماران شود)، با تنی چند از پزشکان به گفت‌وشنود نشسته‌ایم، که حاصل آن در ادامهٔ گزارش می‌آید.

پزشکان چه می‌گویند؟

در حوالی خیابان سهروردی، وارد مطب یک پزشک کودکان می‌شویم. بیشتر مراجعان، سالهاست که کودکان بیمار خود و یا بستگانشان را برای مداوا به این مطب می‌آورند.

پزشک، از بیمار بیمه‌ای ۸۰ تومان و از بیمار آزاد ۱۵۰ تومان حق‌ویزیت دریافت می‌کند. ولی اخیراً سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان تهران نرخ ویزیت بیمار در مطب یاد شده را ۲۰۰ تومان تعیین کرده است!

پرسش این است که نرخ ویزیت پزشکان می‌باید تابع چه مکانیسمی باشد و چه عواملی باید در آن ملحوظ باشد تا به رضایت پزشکان و بیماران منجر شود؟

دکتر علی ربانی - دارای درجهٔ فوق تخصص غدد اطفال و رئیس مرکز طبی کودکان در پاسخ به این سئوال می‌گوید: «پزشکان به‌عنوان افرادی که سالیان طولانی از عمرشان را تحصیل کرده‌اند و با تحمل انواع محرومیت‌ها به مدارج عالیهٔ علمی دست یافته‌اند، در نظام مبتنی بر عدالت اسلامی و اجتماعی باید متناسب با شرایط بسیار سخت شغل و مسئولیتی که در رابطه با آلام مردم دارند، از زندگی متعادل و آسوده‌ای برخوردار باشند و از نوسانهای اقتصادی، کمتر آسیب ببینند تا بتوانند بهتر خدمت کنند.

یک پزشک نه فقط متعلق به مردم است بلکه به خانواده و زندگی شخصی‌اش نیز تعلق دارد. از این رو، مسئولان در تعیین نرخ ویزیت پزشکان باید به جلب رضایت پزشکان و انتظارات منطقی آنان هم توجه داشته باشند. از دیگر سو، اگر مردم از تورم و گرانی رنج می‌برند، مشکلات مترتب بر آن را نباید به پزشکان سرایت دهند. چاره‌اندیشی برای مشکل تورم و گرانی در کل جامعه بر عهدهٔ سیاستگزاران اقتصادی جامعه است. به نظر من، تعیین نرخ ثابت و یکسان برای ویزیت همهٔ بیماران و همه نوع بیماری، کاری نادرست و کاملاً غیر منطقی است. زیرا پزشکان کشور در سطوح مختلف و با کارآیی و شیوه‌های متنوع کار می‌کنند. در این میان پزشکانی هم هستند که درآمدشان منحصر به ویزیت بیماران - و نه جراحی - است. این گروه از پزشکان به‌طور منطقی انتظار دارند از محل دریافت حق‌العلاج از بیماران، مخارج مطب و زندگی خود را تأمین کنند. حال آنکه متأسفانه پزشکان ما از طریق رسانه‌های گروهی و حتی گاهی از سوی مسئولان کشور مورد انتقادهای غیر منصفانه قرار می‌گیرند و به شیوه‌هایی که به هیچ وجه شایستهٔ نظام و حرفهٔ مقدس

دکتر علی ربانی
فوق تخصص غدد اطفال و رئیس مرکز طبی کودکان:

* «اگر مردم از تورم و گرانی رنج می برند، مشکلات مترتب برآن را نباید به پزشکان سرایت دهند.»

* «دریافت حق العلاج از بیمار، حق مسلم پزشک است و این که کسی درآمد کافی ندارد، مغایر این اصل نیست.»



پزشکی نیست، با آنان برخورد می شود.»

پزشك باید آزاد باشد...

دکتر ربانی سپس با اشاره به عدم موفقیت برنامهٔ جذب پزشکان خارج از کشور، دلایلی در این زمینه ارائه می دهد و می گوید: «ما نه تنها در جذب متخصصین ایرانی مقیم خارج موفقیت چندانی نداشته‌ایم، بلکه در تأمین رضایت و حفظ متخصصین پزشکی داخل کشور نیز چندان موفق عمل نکرده‌ایم. عمده‌ترین دلایل این ناکامی را می باید در عدم تأمین هزینه‌های منطقی زندگی پزشکان و برآوردن نیازهای حرفه‌ای آنان و نیز کم لطفی رسانه‌های گروهی به این طبقهٔ زحمتکش خلاصه کرد.»

دکتر ربانی آنگاه پیشنهاد می کند:

«می بایستی درآمد پزشکان در پنج کشور از کشورهای جهان اول و پنج کشور از جهان سوم از طریق بانک مرکزی بررسی و متوسط آن با متوسط درآمد اتباع کشورهای مزبور مقایسه شود و سرانجام حق ویزیت پزشکان ما با توجه به کمترین میزان درآمد پزشکان خارجی تعیین شود.

به عقیدهٔ من دریافت حق العلاج از بیمار، حق مسلم پزشک است و این که مردم درآمد کافی ندارند، مغایر این اصل نیست. حال اگر پزشکی نخواست حق ویزیت بگیرد و یا کم بگیرد، مختار است. ولی به‌زور و با اعمال قوانین نامناسب نمی‌توان او را مجبور به چنین کاری کرد.»

دکتر ربانی با بیان این مطلب که حق ویزیت پزشکان نسبت به قبل از انقلاب افزایش چندانی نداشته ـ حال آنکه قیمت اغلب کالاها و خدمات ۲۰ برابر شده است ـ نرخ ویزیت یک بیمار را کمتر از نرخ یک دست چلوکباب و به مراتب کمتر از قیمت یک کیلو پسته ارزیابی می کند و می افزاید: «به گمان من یک پزشک باید آنقدر اختیار داشته باشد تا از بیماری که توان مالی دارد بیشتر حق ویزیت بگیرد، و از دیگری که کم درآمد تشخیص می دهد، حق العلاج کمتری بگیرد و یا اصولاً نگیرد.

دولت که انتظار دارد و مقرر داشته است یک پزشک سالیانی را در مناطق محروم خدمت کند، آیا متقابلاً نباید شرایط و وسایل رفاه و آسایش او را در همان نقاط فراهم آورد؟ شما نگاه کنید که رسانه‌های گروهی به صرف دریافت یک نامه و یا یک تلفن شکایت‌آمیز چه جنجالی دربارهٔ یک پزشک و یا یک بیمارستان به راه می اندازند؛ ولی همین رسانه‌ها به جای انتقادهای غیر مستند، کمتر حاضرند بخشهایی از نشریهٔ خود را به درج اطلاعات مورد نیاز مردم در خصوص انتخاب پزشک مناسب با عارضه‌ای که دارند اختصاص دهند و آنان را در زمینه‌های بهداشتی راهنمایی کنند.

همین امروز، تهیه یک کتاب جدیدالانتشار پزشکی خارجی در زمینهٔ طب اطفال هزینه‌ای معادل ۱۰ تا ۱۵ هزار تومان ـ از طریق پرداخت ارز ـ دارد. حال اگر بین پزشکی که چنین کتابهایی را می خرد و مطالعه می کند تا با جدیدترین شیوه‌های درمانی آشنا شود، با کسانی که این کار را نمی کنند تفاوتی از نظر حق العلاج و درآمد وجود نداشته باشد، پزشک با چه شوق و امیدی کتابهای گران قیمت را بخرد و بخواند؟

مردم همان گونه که بهای مایحتاج روزمره و مسکن و آموزش و پرورش و غیره



دکتر فرید فدایی
روانپزشک:

* «دولت با اعطای تسهیلات واقعی به پزشکان می تواند از مشکلات مالی آنها بکاهد».
* «رابطهٔ پزشک و جامعه، رابطه‌ای دوجانبه است و اگر جامعه از پزشک انتظار رفتاری انسانی و رسیدگی کامل دارد، متقابلاً جامعه باید با پزشک چنین رفتاری داشته باشد.»

را تقبل می کنند. باید بهای سلامت و بهداشت خودشان را هم بپردازند و اگر در این رهگذر مشکلات مالی دارند، توجه داشته باشند که چنین مشکلاتی مختص آنان نیست و تقریباً فراگیر است. جالب اینجاست که بسیاری از بیماران بیش از دو تا سه برابر پولی را که بابت ویزیت پزشک می پردازند، به آژانس کرایه اتومبیل می دهند تا به مطب بیایند. در این صورت آیا رواست در مورد ویزیت پزشکان و درآمد آنها این همه تبلیغات منفی و کاذب شود؟ جای تأسف است که مردم ایران برای هر کاری حسابی باز می کنند و برای هر مورد هزینه‌ای پیش‌بینی می کنند، جز برای امر مهم حیاتی و حساس درمان! به اینجا که می رسند، خیال می کنند باید مجانی و یا بسیار نازل باشد! آیا این رواست؟

من به خانواده‌ها توصیه می کنم یک بخش از درآمد خود را برای درمان بیماریهای احتمالی اعضای خانواده کنار بگذارند، تا به هنگام بروز بیماری، چه از نظر پرداخت حق ویزیت و عمل و دارو و سایر هزینه‌های درمان مشکلی به‌وجود نیاید. در این میان طبعاً دولت نیز از طریق مکانیسم بیمه‌های اجتماعی باید به‌عنوان عامل کمک دهنده به حمایت از بیماران برخیزد، کما اینکه در مورد آموزش و پرورش و آموزش عالی و نظایر آن چنین عمل می کند.»

انساندوستی و احساس عطوفت پزشک

«تعیین به اصطلاح حد و مرز برای حق ویزیت پزشکان، به عقیدهٔ من اقدامی درست و پسندیده است که در کنار آن باید هزینه‌های واقعی یک پزشک و ارزشیابی درست خدمات پزشکان عمومی و پزشکان متخصص در نظر گرفته شود، به‌نحوی که سازمان نظام پزشکی در مورد به روز در آوردن و تقویت معلومات پزشکانی که کمتر از حد انتظار است اقدام کند و با تمهیدات لازم، سطح معلومات این قبیل پزشکان را به حد مطلوب دانش پزشکی روز در جهان برساند.»

این نکته را دکتر فرید فدایی - روانپزشک - اظهار می دارد و می افزاید: «با این وجود، مواردی مانند انساندوستی و احساس عطوفت به بیمار که می بایستی در نهاد هر پزشک واقعی باشد نیز با آزمون سراسری و امثال آن قابل اندازه گیری و ارزیابی نیست و علاقه به بیمار اگر خدای ناکرده در پزشک نباشد با هیچ حق‌الزحمه‌ای نمی توان آن را تقویت کرد. همچنانکه اگر چنین علاقه‌ای هست، با کم و کسر در حق ویزیت کاسته نمی شود.

چنین پزشکانی به‌طور طبیعی، علاقه‌ای به دریافت حق ویزیت بیشتر از تعرفه‌های رسمی و تعیین شده ندارند و در هر حال و شرایط به مداوای اصولی و جلب رضایت خاطر بیمار بیش از هر چشم انتظار مالی بها می دهند. پزشکان در عین حال با مسائل عدیده‌ای روبه‌رو هستند و خواهی نخواهی بار تعهدات مالی متنوعی بر دوش آنهاست، که از آن جمله می توان به خرید و یا اجارهٔ مطب، خرید لوازم پزشکی، پرداخت مالیات، حقوق منشی و دستیار، و... اشاره کرد.

دولت با اعطای تسهیلات واقعی به پزشکان می تواند از مشکلات مالی آنان



دکتر سید محمد میلانی
متخصص بیماریهای کودکان:

* «بیمهٔ همگانی بهترین راه برای حل مسئلهٔ ویزیت است در کنار آن دولت باید سال به سال در نرخ ویزیت تجدیدنظر کند.»
* «حقوق بازنشستگی پزشکان به آن اندازه نیست که بتواند آنها را در سالهای تقاعد تأمین کند.»

بکاهد و به این ترتیب احساس عدم امنیت شغلی را که گریبانگیر اغلب پزشکان است و از تنگناهای مالی ناشی می‌شود، کاهش دهد. در این صورت پزشک ضرورتی نمی‌بیند که با افزایش حق ویزیت خود، در صدد تأمین مخارجش برآید و مثلاً بهرهٔ سنگین وام اخذ شده از بانک‌ها را بابت خرید مطب بپردازد.

بهرهٔ وامی که به شیوهٔ «اجاره به شرط تملیک» از سوی بانک به پزشکان داده می‌شود، قیمت خرید مطب توسط او را در واقع دو برابر می‌کند. از این رو، اهدای تسهیلات لازم به پزشک به مراتب کارسازتر از افزایش نرخ ویزیت او، حتی به طور رسمی است. این که برخی تصور می‌کنند هر چه حق ویزیت بیشتر به پزشک تعلق گیرد، او بیشتر به مطالعه و پژوهش علاقه‌مند و تشویق می‌شود، فرضیه‌ای نادرست است و در عمل هم ثابت شده است پزشک را درآمد بیشتر به درآمد باز هم بیشتر - و نه مطالعهٔ بیشتر - تشویق می‌کند. از یاد نبریم که پزشک هم به هر حال یک انسان است و تابع احساسات و غرایز انسانی. اما، یک پزشک باید بتواند و بخواهد که عواطف انسانی خود را تقویت کند و مداوای بیمار را وظیفهٔ خویش بداند. می‌خواهم تایید کنم که به این امر مقدس و انسانی نباید از دید یک «قرار داد مالی» نگاه کرد.

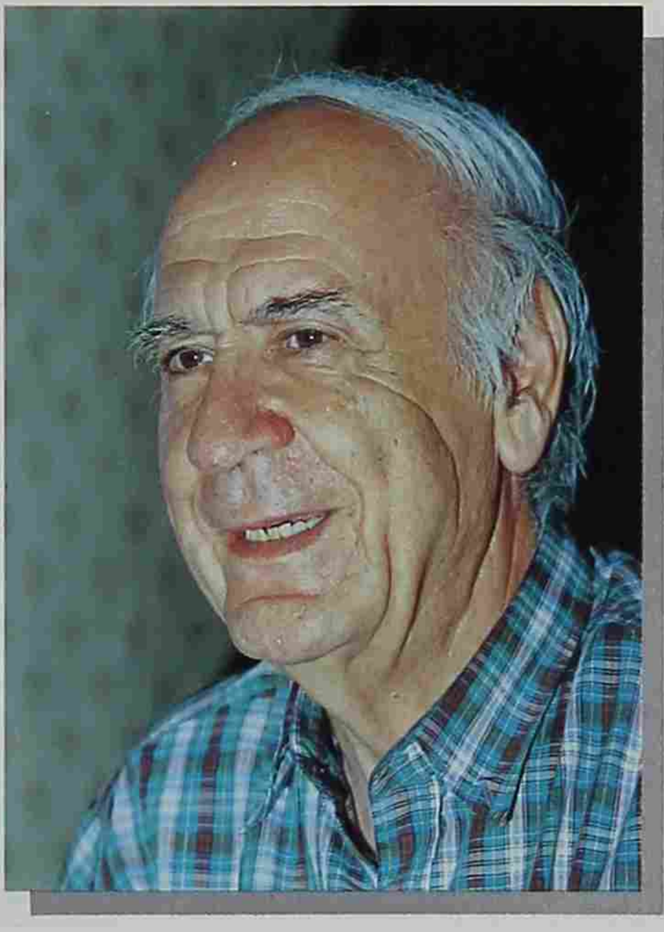
مکانیسم دفاعی سمك عيار!

می‌گوییم: «بعضی از پزشکان معتقدند حق ویزیت آنان باید آزادانه تعیین شود و مقدار آن به تشخیص پزشکان و براساس توافقشان با بیمار باشد. نظر شما در این باره چیست؟

دکتر فدایی در پاسخ می‌گوید: «این کار در عمل مشکل آفرین است و به اعتماد بیماران به پزشک صدمه می‌زند. زیرا بسیاری از بیماران تخفیف قائل شدن در حق‌العلاج را نوعی توهین به خود تلقی می‌کنند و آن‌طور که دیده شده است، معترضانه می‌گویند مگر ما گدا هستیم که از ما ویزیت کمتری می‌گیرید!

بعضی از مریض‌ها به غلط تصور می‌کنند که چون کمتر از دیگر مریض‌ها ویزیت داده‌اند، لابد سرسری معاینه شده‌اند و وقت کمتری به آنان اختصاص یافته است، که این سوء تفاهم هم مشکلات دیگری به‌وجود می‌آورد. علاوه بر این، متغییر بودن حق ویزیت پزشکان، آنان را در چشم برخی مراجعه کنندگان متوقع و از خود راضی، به صورت «گارسن» رستوران‌ها در می‌آورد و توقعات بیجایی برای بعضی بیماران ایجاد می‌کند که عواقب سوء بسیاری دارد. مانند این که یک قاضی به متهمین بگوید هر کدام شما پول بیشتری بدهید، از مجازات‌های قانونی، بیشتر در امان خواهید بود!! اگر خوشبینانه‌تر به مسئله نگاه کنیم، روش مزبور حالت روش مکانیسم دفاعی سمک عیار را به خود می‌گیرد، که مشابه آن در افسانهٔ «رابین هود» هم وجود دارد، و خلاصهٔ مطلب این است که از مردم ثروتمند بگیرند و به مردم فقیر بدهند، و این وسط چیزی هم گیر خودشان بیاید!

این موضوع اعتماد مردم را از سیستم ارزشیابی خدمات پزشکی سلب می‌کند و گذشته از آن که سبب بروز احساس حقارت در مردم کم درآمد می‌شود، افراد



دکتر علی خواجوی:
متخصص بیماریهای کودکان:

* «مسئلهٔ حق ویزیت پزشکان در مقام مقایسه با هزینه‌های سنگین مداوای بیماران در بیمارستانها مسئلهٔ چندان مهمی نیست که بتواند برای بیماران مشکلات حاد ایجاد کند.»

* «مقایسهٔ درآمد پزشکان با سایر اصناف صحیح نیست و در منطق نمی گنجد.»

پولدار را هم دچار این توهم می کند که در حق آنها اجحاف شده‌است.»

نگاه به جیب مریض؟

به گفتهٔ **دکتر فدایی**، در تعیین حق ویزیت پزشکان باید درآمد سرانهٔ مردم و وضع اقتصادی عامهٔ افراد کشور در نظر گرفته شود. زیرا، صحیح به‌نظر نمی رسد که حق ویزیت پزشکان اروپایی و امریکایی مبنای تعیین تعرفه‌های پزشکی باشند، آن وقت درآمد سرانهٔ مردم کشورمان با اتباع آن کشورها چنین تفاوت فاحشی داشته باشد.

دکتر فدایی همچنین می گوید: «در عین حال، رابطهٔ پزشک و جامعه، رابطه‌ای دوجانبه است و اگر جامعه از پزشک انتظار رفتاری انسانی و رسیدگی کامل دارد، متقابلاً جامعه باید با پزشک چنین رفتاری داشته باشد.

اگر پزشک، از سوی دیگر اقشار جامعه مورد انواع اجحاف و سودجویی قرار گیرد و رسانه‌های گروهی بدون هیچ دلیل منطقی او را هدف خشم و نفرت و انتقادهای جدی و فکاهی چندش‌آور خود قرار دهند، و پزشک در عین حال از بهره‌های مادی و معنوی حرفهٔ خود محروم باشد، خودتان قضاوت کنید چه وضعی پیش خواهد آمد.

واقعیت این است که پزشکی که از خود نه خانه دارد و نه مطب و نه وسیلهٔ ایاب و ذهاب، و در همین حال هر لحظه در معرض تصمیمگیری‌های ناگهانی صاحبخانه و مالک مطب برای تخلیه آنها باشد، توان و تمرکز لازم را برای انجام وظیفهٔ نخواهد داشت.

به هر حال دولت با کمکهای واقعی - و نه کاذب یا ناکافی - به پزشکان می تواند به حل مسئلهٔ ویزیت آنان همت بگمارد و فرهنگ سنتی و قابل احترام روابط پزشک و بیمار در ایران را از نو زنده و بارور سازد. وگرنه، سختگیری در مورد رعایت تعرفه‌های پزشکی از سوی پزشکان، حرکتی یک جانبه است و به تنهایی نتیجهٔ مطلوب را نخواهد داد، و متقابلاً آزاد گذاشتن پزشک در دریافت حق ویزیت نیز نتیجه بخش نخواهد بود. زیرا پزشک از نظر اخلاقی و قانونی حق قضاوت در مورد دارا و یا ندار بودن بیماران را ندارد، و چنانچه قرار باشد که ابتدا به اصطلاح به جیب مریض نگاه کند و سپس بر مبنای آن حق ویزیت دریافت دارد، در واقع به شوخی‌های مبتذلی که در برخی رسانه‌های گروهی با پزشکان می شود، سندیت خواهد داد و ناخواسته بر پیشانی شایعات نادرستی که در این باره وجود دارد، مُهر تایید خواهد زد.»

تسهیلات ویژه برای بیماران کم درآمد

«در میان مؤلفه‌های متعدد هزینه‌های درمانی، حق ویزیت پزشکان کمترین نقش را ایفا می کند و آنچه به بنیهٔ مالی افراد کم درآمد فشار وارد می آورد، هزینه‌های سنگین مربوط به جراحی و بستری شدن در بیمارستان است، نه یک یا چند نوبت پرداخت حق ویزیت.»

این اظهار نظر از سوی **دکتر سید محمد میلانی** - پزشک متخصص بیماریهای کودکان است. دکتر میلانی در ادامهٔ می افزاید: «بین پزشک و بیمار از قدیم یک رابطهٔ عمیق معنوی و عاطفی

برقرار بوده‌است، که تصمیمات نادرست در مورد تعیین نرخ ویزیت پزشکان می تواند به این رابطهٔ دیرپا و سالم لطمه بزند.»

دکتر **میلانی**، کار پزشکان داخلی را سنگین تر و وقت گیرتر از پزشکان جراح و در عین حال درآمد آنان را به مراتب کمتر از جراحان توصیف می کند و می گوید: «بیمهٔ همگانی بهترین راه‌برای حل مسئله ویزیت است، و در کنار آن دولت باید سال به سال در نرخ ویزیت تجدید نظر کند و با توجه به رشد تورم، آن را افزایش دهد.

دولت همچنین باید از نظر خرید مطب، خانه، اتومبیل، و تجهیزات نوین پزشکی تسهیلات واقعی در اختیار پزشکان بگذارد و به‌ویژه برای دوران بازنشستگی پزشکانی که در استخدام ادارات هستند، چاره‌اندیشی کند. زیرا حقوق بازنشستگی پزشکان به آن اندازه نیست که بتواند آنها را در سالهای تقاعد تامین کند.

یک پزشک باید چند بیمار ۱۵۰ تومانی را ویزیت کند تا بتواند یک خانهٔ متوسط برای سکونت بخرد؟ دولت باید برای بیماران بی بضاعت هم امکانات درمانی ویژه‌ای در نظر بگیرد، تا پزشک به اعتبار حق ویزیتی که دولت آن را خواهد پرداخت، بیماران محروم و مستضعف را معاینه و مداوا کند و از نظر حق العلاج مشکلی با بیمار نداشته باشد.»

۴ سال تحصیل بیشتر، حق ویزیت دو برابر!

برای ملاقات با یک پزشک عمومی، که اغلب بیمارانش را بیمه‌ای ها تشکیل می دهند، رهسپار یکی از خیابانهای تنگ و باریک حوالی میدان راه‌آهن می شویم. در مطب، پس از آن که دکتر قول می گیرد نامش را در گزارش ذکر نکنیم، در پاسخ به سئوال هایی پیرامون نرخ ویزیت پزشکان می گوید: «مسئلهٔ آزاد گذاشتن نرخ ویزیت پزشکان در شرایط فعلی نه عملی است و نه به اصطلاح مردمی. زیرا، در این صورت پزشکانی که به دلیل عضویت در خط و خطوط‌های سیاسی و دانشگاهی و نیز دسترسی داشتن به رسانه‌ها و انجام مصاحبه‌ها و ارائهٔ مقاله در رسانه‌های گروهی معروف شده‌اند، ویزیت‌هایشان را چندین برابر خواهند کرد و به بهانهٔ اسم و رسمی که به هم زده‌اند، از مریض پول بیشتری خواهند گرفت.

در حال حاضر ویزیت پزشکان متخصص «دارای بُرد» ۲۵۰ تومان و «بدون بُرد» ۲۰۰ تومان تعیین شده‌است، بی آنکه دلیل منطقی برای این تمایز وجود داشته باشد. حتی مدت تحصیل و میزان تخصص این دو گروه‌نیز فرق ندارد.

از طرفی، این که ویزیت روانپزشکان را ۲۵۰ تومان تعیین کرده‌اند، تا او وقت بیشتری به مریض اختصاص دهد، به دلیل کثرت بیماران مراجعه کننده به روانپزشکان، چنین موردی عملی نخواهد شد. لذا روانپزشک همان تعداد بیماری را می بیند که قبلاً هم می دید و در اینجا تنها تبعیضی باقی می ماند که بین متخصصین دو رشته پزشکی قایل شده‌اند.

در گذشته مسئولان وزارت بهداشت و درمان از سازمان نظام پزشکی انتقاد می کردند که چرا پزشکان عمومی در مسئولیت‌های مدیریتی این نهاد نقش چندانی ندارند. لبهٔ تیز این انتقاد شاید متوجهٔ مرحوم دکتر حفیظی بود تا آن روانشاد را زیر سئوال ببرند. زیرا در حال حاضر هم می بینیم که اکثریت قریب به اتفاق گردانندگان نظام پزشکی از میان پزشکان متخصص هستند که از جمله نتایج چنین ترکیبی در مدیریت نظام‌پزشکی، تبعیضی است که در تعیین نرخ ویزیت پزشکان متخصص و عمومی به‌وقوع پیوسته است؛ به‌نحوی که پزشکان متخصص تقریباً دو برابر پزشکان عمومی حق العلاج می گیرند، حال آنکه حداکثر چهار سال بیشتر از آنان درس خوانده‌اند.

از طرفی فرانشیز بیمه برای پزشکان عمومی ۲۰ تومان، متخصص ۳۰ تومان، و دارای «بُرد ناسیونال» ۵۰ تومان تعیین شده است. پزشک متخصص که خود را از پزشک «دارای بُرد» کمتر نمی داند، ۵۰ تومان فرانشیز می گیرد و پزشک دارای «بُرد» هم بر آن است که بیمار بیمه‌ای قبول نکند، و لذا تنها پزشک عمومی باقی می ماند که باید با فرانشیز ۲۰ تومانی بسازد.

اکنون بیایید این صورت مسئله را با هم بررسی کنیم:

افزایش قیمت آب و برق و کرایه مطب، به اضافهٔ حقوق منشی و کارگر نظافتچی و تزریقاتچی و... هزینهٔ جاری پزشکان را به نحو چشمگیری افزایش داده‌است، که اگر مجموع این هزینه‌ها را ماهی ۲۰ هزار تومان فرض کنیم، یک پزشک عمومی چنانچه صبح و عصر ۴۰ بیمار ویزیت کند و از هر مریض ۱۰۰ تومان حق ویزیت بگیرد، متوسط درآمد روزانه‌اش ۴ هزار تومان خواهد بود. از این مبلغ، ۲۰ هزار تومان هزینهٔ یاد شده را اگر کسر کنید، تقریباً ۶۰ هزار تومان در ماه برایش باقی خواهد ماند که برای یک پزشک تحصیلکرده و پر سابقه درآمد زیادی نیست. به‌ویژه اگر هزینهٔ مسکن و رفت و آمد هم از آن کم شود. آیا فکر نمی کنید که در شرایط فعلی یک کارمند لیسانسیه یا مهندس ساده نیز با دو شیفت کار بتواند به مراتب بیش از این مبلغ درآمد را داشته باشد.»

می پرسیم: «شما چه راه حلی پیشنهاد می دهید؟»

می گوید: «از راه‌حلهایی که به‌نظر من می رسد، یکی این است که بیمار بیمه‌ای ۵۰ درصد حق ویزیت را نقداً به پزشک بپردازد و سپس با ارائهٔ دفترچهٔ بیمه‌اش به سازمان تامین اجتماعی، آن مبلغ را دریافت دارد. به این ترتیب، به حل مشکلات مالی پزشک کمک قابل ملاحظه‌ای خواهد شد، و نیز موارد استفاده‌های غیر مجاز از دفترچه‌های درمانی کاهش خواهد یافت.

به اعتقادمن کار پزشک عمومی اگر از پزشک متخصص بیشتر نباشد، کمتر نیست. زیرا بیمار همهٔ دردهایش را با

پزشک عمومی در میان می گذارد و از وی انتظار درمان آنها را دارد. ولی با پزشک متخصص، تنها موارد بسیار معدودی را مطرح می کند، که در اینجا هم فرضاً یک چشم پزشک حتی حاضر نمی شود فشار خون یک مریض را اندازه بگیرد و بلافاصله او را به پزشک داخلی هدایت می کند. پس، برقراری تبعیض بین پزشکان عمومی و پزشکان متخصص چرا؟»

ویزیت پزشکان یک معضل اجتماعی مزمن

در خیابان شهید بهشتی، وارد ساختمانی می شویم که یکی از پزشکان قدیمی و سرشناس تهران از سالها پیش در آن مشغول طبابت است و بیشترین مراجعان او را مبارزان و مخالفان رژیم گذشته و دولتمردان فعلی تشکیل می دهند که فرزندانشان را برای مداوا نزد او می آورند. دکتر علی خواجوی در سال ۱۳۲۹ از دانشکدهٔ پزشکی فارغ التحصیل شده است و اینک پس از ۴۲ سال طبابت، همچنان با مهربانی و عطوفت خاصی با بیمارانش برخورد می کند. وقتی دربارهٔ نرخ ویزیت پزشکان سئوالاتمان را مطرح می کنیم، تبسمی به لب می آورد و به آرامی می گوید: «ویزیت پزشکان مانند دیگر موارد در کشورهای جهان سوم به صورت یک معضل دیرینه در آمده است که ریشه های آن هم به روابط و مناسبات نامطلوب اجتماعی در این قبیل کشورها باز می گردد. در کشور ما، متأسفانه اعتماد لازم بین مردم و پزشک از یک طرف و پزشک و دولت از طرف دیگر وجود ندارد و این امر در نهایت امر سبب نارضایتی متقابل آنها شده است.

به نظر من، مسئله حق ویزیت پزشکان در مقام مقایسه با هزینه های سنگین مداوای بیماران در بیمارستانها مسئلهٔ چندان مهمی نیست که بتواند برای بیماران مشکلات حاد ایجاد کند. با این وجود، قرار هم نیست که برخی از همکاران ما با دریافت حق العلاج های زیاد و بیش از تعرفه های اعلام شده، موجب نارضایتی بیماران شوند و آنان را آزرده خاطر سازند. کاش در ایران هم مانند امریکا و انگلستان و فرانسه رابطه مالی بین پزشک و بیمار وجود نداشت و بیمهٔ کامل دولتی این امور را به طور غیر مستقیم انجام می داد، تا از ناحیه حق العلاج پزشکان، برای بیماران مشکلی ایجاد نمی شد. به ویژه آنکه ما بحمدالله کشور ثروتمندی هستیم و قادریم بیمهٔ همگانی را با موفقیت به اجرا در آوریم.»

ضرورت تشکیل کمیسیونی برای تعیین تعرفه های پزشکی

دکتر خواجوی با تاکید بر این نکته که با همکاری سازمان برنامه و بودجه، بانک مرکزی، وزارت امور اقتصادی و دارائی، و نیز وزارت بهداشت و درمان و سازمان نظام پزشکی باید مسئلهٔ حق العلاج بیماران به نحو مقتضی حل شود، می گوید: «مردم از پزشکان ـ که به حق از نخبگان جامعه هستند ـ توقع خدماتی علمی، انسانی، و روحانی دارند و لذا مقایسهٔ درآمد آنان با سایر اصناف صحیح نیست و در منطق نمی گنجد. زیرا هیچ درآمدی برای یک پزشک مومن و انساندوست قابل مقایسه با لبخند رضایت آمیز بیمارش نیست و هیچ پاداشی به اندازهٔ تبسم بستگان بیمار او را راضی و مسرور نمی کند.

سال گذشته که عده‌ای از همکارانمان از خارج آمدند تا در میهن خویش کار کنند، مسائلی نظیر درآمد کافی و منزل و اتومبیل مناسب را مطرح می کردند. من از بعضی هایشان پرسیدم درآمد کافی به نظر شما چقدر است؟ ۱۰۰ هزار تومان؟ ۲۰۰ هزار تومان؟ یا یک میلیون تومان در ماه؟ اتومبیل مناسب چطور؟ ژیان، پیکان یا بنز و جگوار؟ منزلتان در میدان خراسان باشد مناسب است، یا در زعفرانیه؟ الذا می بینیم که این خواسته‌ها و تقاضاها حد و مرزی روشن و یا سقف مشخصی ندارد، و نیاز انسان به وسایل رفاهی و زیستی نیز همین طور است. البته، منکر درآمد معقول و مکفی برای پزشکان نیستیم، ولی معتقدیم در این میان سطح درآمد عمومی جامعه هم باید در نظر گرفته شود.»

- و به هر حال چگونه ارائهٔ طریق می کنید؟

- «پیشنهاد می کنم کمیسیونی مرکب از نمایندگان وزارت بهداشت و درمان سازمان نظام پزشکی، وزارت دارایی، بانک مرکزی، جامعهٔ مطبوعات و دیگر ارگان های ذیربط تشکیل شود تا با توجه به واقعیت های اقتصادی و اجتماعی مملکت، نسبت به تعیین حق ویزیت پزشکان، آنطور که مورد قبول آنان و مردم باشد، اقدام شود و در این خصوص نیز کلیهٔ عوامل موثر در تأمین هزینه‌های پزشکان مد نظر قرار گیرد. ناگفته پیداست که من هم معتقدم بدون رعایت اخلاق، حرفه پزشکی تبدیل به عملی پوچ و بی معنی و تهی از ویژگیهای انسانی خواهد بود. یک پزشک که نسبت به بیمارانش شفقت و مهربانی لازم را نداشته باشد، به وظیفهٔ انسانی و حرفه‌ای‌اش خوب عمل نمی کند. با درک همهٔ این جوانب است که باید راهی و چاره‌ای اندیشید.»

در اینجا دکتر خواجوی، کارتی را که به وی داده‌اند، از منشی مطب می گیرد، و نشان می دهد. روی آن نوشته شده است:

> «بسمه تعالی
> ویزیت بیماران در این مطب ۲۰۰۰ (دو هزار) ریال می باشد.
> سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان تهران.»

حال آنکه حداکثر ویزیتی که دکتر خواجوی دریافت می کند ۱۵۰۰ ریال است، که تازه مثل بسیاری دیگر از پزشکان، همین مبلغ را هم از بیمارانی که بضاعت مالی ندارند، دریافت نمی دارد و اگر لازم باشد، بسا که هزینهٔ دارویشان را هم بپردازد.

راه حل در دست دولت است

نرخ ویزیت پزشکان با در نظر گرفتن مواردی مانند نرخ تورم از یک سو و میزان تخصص پزشک معالج از دیگر سو تعیین می شود، که به نظر می رسد در اعلام نرخ های جدید بیش از آن که نرخ تورم در نظر گرفته شده باشد، شرایط اقتصادی مردم مد نظر بوده است. همچنین، نرخ های تعیین شده، توسط ماموران سازمان بهداشت و درمان هر استان کنترل می شود تا تخلفی از چارچوب تعیین شده صورت نگیرد و متخلفی اگر باشد تحت پیگرد قانونی قرار گیرد. یکی از اعضای مدیریت نظارت و ارزشیابی بهداشت و درمان استان تهران با بیان این مطلب که وظیفهٔ مدیریت مزبور کنترل تعرفه های تعیین شدهٔ پزشکی است، می گوید: «استفادهٔ از خدمات پزشکی برای آحاد مردم امری ضروری و اجتناب ناپذیر است و این مانند خدمات و یا کالاهایی نیست که برخورداری یا عدم تهیهٔ آن علی السویه باشد. زیرا همهٔ مردم حق دارند از خدمات پزشکی استفاده کنند و توانایی مالی آن را هم داشته باشند. از سوی دیگر، پزشک با مشکلاتی مانند هزینه های روزمرهٔ زندگی، پرداخت مالیات، و مخارج مطب روبه رو است و در عین حال، او پس از سالها تحصیل و مطالعه باید از درآمد مناسب و مکفی برخوردار باشد. حال آن که در اغلب مطب ها، پزشک باید لااقل ۱۰ بیمار را ویزیت کند تا فقط بتواند هزینه مطب را تامین کند. پس از آن او باید چند مریض دیگر را ببیند، تا حداقل درآمد برای یک سال زندگی قابل قبول و متناسب با وضعیت خود را داشته باشد؟ چنین است که پزشک به مختصر حقوقی که از اداره اش می گیرد و یا کاری که در بیمارستان انجام می دهد، وابستگی پیدا می کند و خستگی ناشی از کار زیاد سبب کسالت روحی و جسمی و کاهش راندمان فعالیت های او می شود. راه حل این مشکلات به دست دولت است که بیمهٔ درمانی را گسترش دهد و با قبول بخشی از هزینه ها و پرداخت درصد قابل توجهی از درمان بیمار به پزشک، در راه جلب رضایت عمومی گامهای موثری بردارد.»

می پرسم: «برخی از پزشکان کمتر از تعرفه های وزارت بهداشت و درمان از بیماران ویزیت می گیرند و با این حال از کمبود درآمد هم شکوه ای ندارند.»

در پاسخ، روایتی را شاهد می آورد: «مردی خرما فروش از یکی از ائمهٔ اطهار (ع) پرسید یا حضرت چه کنم تا درآمد بیشتری داشته باشم؟

حضرت فرمود: استفاده ای را که از خرما می بری، نصف کن!»

مرد با ناباوری این کار را کرد و به دلیل فروش بیشتر، سود بیشتری برد.

در این روایت، واقعیت جالبی از رابطهٔ عرضه و تقاضا نهفته است که در مورد ویزیت پزشکان هم صدق می کند. یعنی دریافت مبلغ کمتر از بیماران نه تنها سبب رضایت خاطر آنان می شود، بلکه تعداد مراجعان مطب را هم افزایش می دهد و در مجموع درآمد بیشتری نصیب پزشک می کند.»

وی در پاسخ این سئوال که چرا اغلب پزشکان از نصب اتیکت مربوط به نرخ ویزیت خود در مطب هایشان خودداری می کنند، می گوید: «این اتیکت صرفاً جهت اطلاع پزشکان به آنان ابلاغ شده است و برای نصب آن در مطب اجباری وجود ندارد.»

مجلهٔ پزشکی و جامعه:

پروندهٔ این بحث را باز نگاه می داریم و حکایت همچنان باقی. از تعاطی افکار و برخورد آراء و عقاید متنوع است که می توان امیدوار بود راه حلی اصولی و مرضی الطرفین حاصل آید.

پزشکان ارجمند می توانند دیدگاهها و نقطه نظرات خود را به آدرس مجله ارسال دارند تا به شکلی سازمان یافته در مجله - به نام خود ایشان یا با امضاء محفوظ - درج شود و این مسئله با همفکری همگان به جواب قطعی برسد.



سعید ـ محمد جعفری
کارشناس ارتباطات بین‌الملل کاربردی

اشاره:
از راههای موثری که به منظور ارتقاء سطح علوم و فنون در جهان پیموده می‌شود، اعطاء جوایز به افراد، سازمانها، و برنامه‌هایی است که در شاخه یا شاخه‌هایی از یک یا چند حوزهٔ علمی و فنی به یک موفقیت برجسته می‌رسند.

ترتیب این جوایز بین‌المللی و داوری مربوط به آنها، امروزه در راستای تبادل اطلاعات و افکار علمی میان ملل گوناگون به قدری اهمیت دارد که خود به صورت یک تخصص خاص در زیر مجموعهٔ ارتباطات بین‌الملل کاربردی مطرح می‌شود.

در همین زمینه، در رشته‌های پزشکی نیز همه ساله جوایز گوناگونی از سوی مراکز معتبر بین‌المللی اعلان و برندگان آن معرفی می‌شوند که از میان آنها، جوایز مربوط به «سازمان بهداشت جهانی»، جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص می‌دهد.

از جمله جوایزی که از سوی این سازمان به پژوهشگران ممتاز اعطا می‌شود، جوایز مربوط به «بهداشت عمومی» است. جوایز فوق در مجموع چهار جایزه را در بر می‌گیرند که برندگان آنها در سال جاری میلادی (۱۹۹۲) از این قرار است:

جایزهٔ لئون برنارد

جایزهٔ بنیاد «لئون برنارد» به یاد پرفسور «لئون برنارد» ـ یکی از پیشگامان تأسیس «سازمان بهداشت جهانی» ـ هر ساله به یک خدمت برجسته در زمینهٔ پزشکی اجتماعی اعطا می‌شود.

این جایزه در سال ۱۹۹۲ به پرفسور دیوید کورنلیوس مورلی «DAVID CORNELIVS MORLEY» اعطا شد که ۳۰ سال در انگلستان و آفریقا به امور مربوط به «توسعهٔ نظامهای بهداشتی کودکان» پرداخته است.

وی فارغ‌التحصیل کالج «کلر» در کمبریج و بیمارستان «سنت توماس» در لندن است که از سال ۱۹۵۶ تا ۱۹۶۱ را

جوایز سال ۱۹۹۲ سازمان جهانی بهداشت در زمینه بهداشت عمومی

* بنیادهای لئون برنارد، شوشا، پاریزو، و ساساکاوا، هر یک برنده و برندگان خود را ـ که اکثراً از کشورهای جهان سوم هستند ـ معرفی کردند.

* برندگان چهار جایزهٔ سازمان جهانی بهداشت در زمینهٔ بهداشت عمومی در سال ۱۹۹۲ مشخص شدند.

* متخصصان و پزشکانی از کشورهای انگلستان، سوریه، جمهوری خلق چین، اندونزی، سنگال و کانادا چهار جایزهٔ یاد شده را کسب کردند.

به عنوان پزشک اطفال در نیجریه گذرانید و سپس وارد یک دورهٔ یک ساله فوق تخصصی تغذیه در مدرسه بهداشت لندن شد.

متعاقب این دوره، پرفسور مورلی به عنوان استاد همان مدرسه به فعالیت پرداخت که این همکاری تا سال ۱۹۷۲ ادامه داشت. وی در سال ۷۲ به لندن رفت و در انستیتو بهداشت کودکان به عنوان استاد آغاز به کار کرد. تدریس و تحقیق در این انستیتو تا سال ۱۹۸۸ ادامه یافت.

در طول خدمت خود، پرفسور مورلی به گسترش پژوهشهای علمی ـ به ویژه در موضوعاتی از قبیل سرخک ـ مشغول شد و به فرمولهای مربوط به تغذیه کودکان کمک های فراوانی کرد. در این زمینه وی دوره‌های آموزشی بسیاری را به‌وجود آورد و گروه کثیری را آموزش داد.

جایزهٔ بنیاد دکتر «ای، تی ـ شوشا»

جایزهٔ بنیاد دکتر «ای، تی ـ شوشا» به یاد دکتر «ای، تی ـ شوشا» (اولین رئیس دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در منطقه مدیترانه شرقی) به برجسته ترین همکاری انجام شده در راستای حل مشکلات بهداشتی منطقه مدیترانه شرقی اعطا می شود.

جایزهٔ امسال این بنیاد به دکتر «بشیرا لازمه» از جمهوری عربی سوریه تعلق گرفت که به تازگی رخ در پردهٔ خاک کشیده است.

روانشاد دکتر «بشیرا لازمه» نقش مهمی در کنترل بیماری سل در دههٔ ۱۹۵۰ ایفا کرد. وی در این زمینه انجمنی برای مبارزه علیه این بیماری تأسیس کرد و مراکزی برای جلوگیری از گسترش بیماری سل در کشور خود به‌وجود آورد.

دکتر «بشیرا لازمه» مجلهٔ پزشکی عرب را در سال ۱۹۶۱ بنیان نهاد و خود به عنوان سردبیر آن تا سال ۱۹۷۶ فعالیت می کرد.

کتابهای این پزشک برجستهٔ سوریه‌ای در زمینهٔ بیماریهای عفونی به عنوان مراجع دانشگاهی مورد استفادهٔ قرار می گیرد.

بورسیهٔ بنیاد ژاک پاریزو

بنیاد ژاک پاریزو به منظور انجام پژوهش در زمینه‌های گوناگون مربوط به پزشکی اجتماعی یا بهداشت عمومی، هر دو سال یک بار، یک بورس تحقیقاتی اعطا می کند. از آنجا که آخرین مرتبه اعلام برنامهٔ این بورس، نوبت منطقهٔ اقیانوسیه غربی بود تا نامزدهایی را به این منظور معرفی کند، بورس سال ۱۹۹۱ بنیاد یاد شده به خانم دکتر ژنگ کینگزی ZHENG QINGSI- از دپارتمان پزشکی اجتماعی دانشگاه پکن در جمهوری خلق چین تعلق گرفت.

خانم دکتر کینگزی فارغ التحصیل رشتهٔ میکروبیولوژی و همه گیرشناسی دانشگاه پزشکی پکن در سال ۱۹۶۲ است و در سال ۱۹۸۵ درجهٔ فوق لیسانس خود را در همین رشته از دانشگاه «اوتاوا» (در کانادا) دریافت کرد. وی از سال ۱۹۶۲ تاکنون مشاغل مهمی را در ادارهٔ طب پیشگیری جمهوری خلق چنین عهده دار بوده و توانسته است دوره‌های آموزشی بسیاری را ایجاد کند، ضمن آنکه مقالاتی نیز درزمینهٔ بیماریهای عفونی در نشریات پزشکی گوناگون به رشتهٔ تحریر در آورده است.

خانم دکتر کینگزی، مجری یک طرح پژوهشی در زمینهٔ رفتار بهداشتی و جایگاه بهداشتی سالمندان بوده و در این زمینه، شاخص های مربوط به داده‌های جمعیتی، جایگاه اقتصادی ـ اجتماعی، جایگاه بهداشتی، و اطلاعات مربوط به رفتار انفرادی و کاربرد خدمات اجتماعی و بهداشتی را در «جامعهٔ آماری نمونه‌ای حدود ۵۰ هزار نفر» مورد مطالعه قرار داده است.

جایزهٔ بهداشت ساساکاوا

این جایزه در سال ۱۹۸۵ توسط آقای ریوچی ساساکاوا RYOICHI - SASAKAWA- رئیس هیئت مدیرهٔ بنیاد صنایع کشتی سازی ژاپن و رئیس بنیاد بهداشتی یادبود «ساساکاوا» بنیان نهاده شده است.

جایزهٔ ساساکاوا به یک کار ابداعی برجسته در زمینهٔ توسعهٔ بهداشتی اعطا می شود و برندگان آن در سال ۱۹۹۲ که جایزه را به طور اشتراکی به دست آوردند، عبارت بودند از: دکتر هاندوجو جاندراکوسوما HANDOJO TJANDRAKUSUMA از اندونزی، خانم بریژیت گیرولت BRIGITTE GIRAULT و آقای بادارا سامب BADARA SAMB از سنگال، و انجمن بهداشت عمومی کانادا.

برندهٔ اندونزیایی، سابقهٔ فعالیت درخشانی در زمینهٔ جلوگیری از ناتوانی و توانبخشی اجتماعی در کشور خود از سال ۱۹۷۸ به این سو را دارد و فرمولهای جدیدی در این زمینه ارائه داده است.

فعالیت برندهٔ اندونزی به طور عمده بر روی تأمین نیازهای روانی و احساسی معلولان در خانواده و جامعه استوار بوده است.

اولین برندهٔ سنگالی، مؤسس بنیاد «انجمن نرماندی کمک اجتماعی به روستاییان سنگالی» به شمار می رود که وظیفهٔ اعطاء کمکهای مالی و معنوی به امر بهداشت در روستاها را به عهده دارد. دومین برندهٔ سنگالی، سرپرستار بیمارستان ZIGUINCHOR در این کشور است که از اعضای تیم انجمن یاد شده نیز محسوب می شود.

انجمن بهداشت عمومی کانادا از این رو برندهٔ جایزهٔ امسال «ساساکاوا» در مورد بهداشت شد که در زمینهٔ ایجاد سیاستهای بهداشت عمومی و پایه‌ریزی خدمات اجتماعی و بهداشت فعالیت های دامنه‌داری به عمل آورده است.

این انجمن مبتکر ایجاد فدراسیون بین المللی انجمنهای بهداشت عمومی به شمار می رود.

آدنوکارسینوم کبد بدون تومور اولیهٔ قابل کشف

Adenocarcinoma of the Liver Without a Detectable Primary

* سرطان متاستاتیک بدون تومور اولیهٔ واضح، مسئلهٔ شایعی در سرطان شناسی است.

معرفی بیمار

یک زن ۶۲ ساله با ابراز شکایت از کاهش تدریجی وزن، درد مبهم ربع فوقانی راست شکم و تب گاه گاه ـ به خصوص در شب ـ به پزشک خانوادگی خود مراجعه کرد.

بیمار قبلاً سالم بود و هیچ دارویی مصرف نمی کرد و سابقه‌ای از آلرژی یا تزریق خون نداشت. بیمار سه حاملگی طبیعی داشته، از لحاظ سابقهٔ خانوادگی، سه ماه قبل در یکی از خواهران او بیماری سرطان کولون (رودهٔ بزرگ) به اثبات رسیده بود.

در معاینهٔ فیزیکی، بیمار به نظر سالم بود و کمی اضافه وزن داشت. علائم حیاتی، بجز تب مشکوکی به میزان ۳۷/۵ درجه، طبیعی بود. بیمار یرقان نداشت. معاینهٔ سر، گوش، چشم، بینی، گلو و همچنین قفسهٔ سینه و قلب نکتهٔ مثبتی نشان نمی داد. پستانها قرینه بوده، توده‌ای در آنها نبود. آدنوپاتی قابل لمس یافت نشد.

در معاینهٔ شکم، لبهٔ کبد ۴ تا ۵ سانتی متر زیر لبهٔ دنده‌ای راست لمس می شد و قوام آن سفت بود. در لمس عمقی، حساسیت مختصری ایجاد می شد که مشابه درد بیمار بود. در بقیهٔ موارد، معاینه طبیعی بود. نشانه های بیماری مزمن کبد (از جمله آسیت، تلانژ کتازی، آستریکسیس (Asterixis) یا اریتم کف دست وجود نداشت.

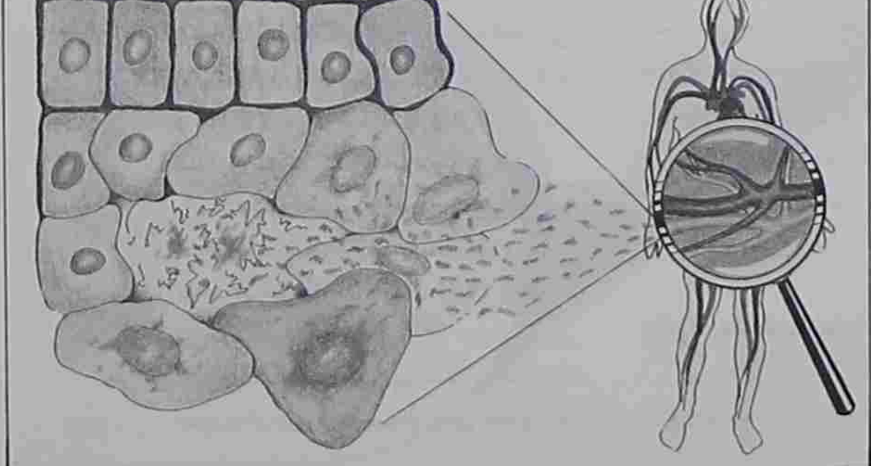
در معاینهٔ دستگاه تناسلی و رکتوم، نکتهٔ قابل توجهی وجود نداشت. تست خون مخفی (Guaiac) مدفوع منفی بود و معاینهٔ اندامها و اعصاب طبیعی بود.

از جمله تستهای آزمایشگاهی مقدماتی که در مورد این زن به عمل آمد، تستهای عملکرد کبد و کلیه بود. در تستهای ابتدایی کبدی، افزایش آلکالن فسفاتاز و لاکتات دهیدروژناز وجود داشت که هر دو تقریباً دو برابر مقدار طبیعی بود. مقدار بیلی روبین تام و همچنین AST و ALT طبیعی بود. پارامترهای خونی (تعداد گلبول سفید، هموگلوبین، تعداد پلاکت) و همچنین رادیوگرافی قفسهٔ سینه طبیعی بود.

در C.T. اسکن شکم، سه ضایعهٔ فضاگیر مشخص (و یک ضایعه احتمالی) در پارانشیم کبد وجود داشت. این ضایعات نسبت به پارانشیم کبد هیپودانس بوده، ناحیهٔ اطراف آنها پرعروق به نظر می رسید. نمایی که مطابقت با بیماری متاستاتیک دارد. در سایر مناطق شکم نکتهٔ قابل توجهی وجود نداشت و هیچ گونه اختلالی در مجاری صفراوی و سنگ در کیسه صفرا دیده نمی شد.

* * *

سرطان متاستاتیک بدون تومور اولیهٔ واضح، مسئلهٔ شایعی در سرطان شناسی است و حدود ۵ درصد تمام بدخیمی های سالانه را در ایالات متحده تشکیل می دهد. چنین تشخیصی غالباً بسیار گیج کننده و آزاردهنده است زیرا درمان سرطان بر پایهٔ محل تومور اولیه است. به عنوان مثال: درمان سرطان پستان، سرطان کولون و لوسمی با هم تفاوت بسیار دارد. در نتیجه، هم بیمار و هم پزشک عقیده دارند که یافتن تومور اولیه منجر به انتخاب صحیح تر روش درمانی و پیش آگهی بهتر می شود و این



اعتقاد، عامل انجام یک بررسی تشخیصی خسته کننده می شود.

با این حال، انجام چنین کاری توصیه نمی شود. زیرا مبتلایان به تومور اولیهٔ ناشناخته به طور معمول مدت درازی زنده نمی مانند. طول عمر متوسط آنان در اکثر مطالعات بین ۲ تا ۶ ماه است و کمتر از یک چهارم بیماران یک سال بعد از تشخیص زنده هستند. میزان ناراحتی، هزینه ها و زمان صرف شده در انجام تستهای گسترده را باید در مقابل احتمال ضعیف یافتن یک نئوپلاسم قابل درمان سنجید و این احتمال وجود دارد که بیمار پیش از پایان یافتن فرآیند تشخیص بمیرد.

علاوه براین، پیدا کردن تومور اولیه، به ندرت پیش آگهی را تغییر می دهد. حتی در صورتی که بتوان تومور را مشخص کرد، غالباً از نوعی است که نسبت به درمان مقاوم است. در مطالعات متعدد نشان داده شده که شایعترین محلهای اولیهٔ سرطان در بیمارانی که با متاستاز مراجعه می کنند در بالا و پایین دیافراگم به ترتیب کارسینوم غیرسلول کوچک ریه (Non Small Cell) و کارسینوم پانکراس است.

سرانجام، J. S. Nystrom و همکاران ثابت کردند که طرح متاستاز در مبتلایان به تومورهای اولیهٔ ناشناخته، با متاستاز از تومورهای اولیه که از لحاظ بالینی شناخته شده اند متفاوت است. به عنوان مثال میزان متاستاز استخوانی مبتلایان به سرطان پانکراس تیپیک ۵ تا ۱۰ درصد است اما در بیمارانی که تومور اولیه آنها در ابتدا ناشناخته بوده بعداً منشاء پانکراسی آن مشخص می شود ۲۸ درصد است. این اختلافات نشانگر آن است که تومور اولیهٔ شناخته شده تفاوتهای بیولوژیک ذاتی با تومور اولیهٔ ناشناخته دارد. با اینکه تومورهای اولیهٔ ناشناخته از اعضاء مختلف منشاء می گیرند و در گروه جمعیتی پراکنده ای ایجاد می شوند، می توان آنها را به صورت یک زیرگروه منحصر به فرد بیماریهای نئوپلاستیک درنظر گرفت. در حالی که در تومورهای اولیهٔ تیپیک متاستاز در اواخر سیر بیماری رخ می دهد، در این گروه متاستاز زودتر ایجاد می شود. با این وجود، تومور اولیه تشخیص داده نمی شود زیرا پیشرفت می کند یا رشد آهسته ای دارد. درحال حاضر ما در جستجوی عوامل احتمالی این متاستازهای زودرس هستیم که ممکن است میزان متیلاسیون DNA یا ژنهای مهار کننده تومور باشد.

بیماران مبتلا به تومور اولیهٔ ناشناخته نیاز به یک ارزیابی ضروری و فوری دارند تا بدخیمی های قابل درمان در آنان رد شود. هدف از انجام این ارزیابی، به حداقل رساندن تستهای اضافی و درعین حال از دست ندادن شانس تشخیص تومور اولیهٔ مخفی است. در سیر جستجوی تومور اولیه، پزشک باید بکوشد که وسعت بیماری را نیز تعیین کند.

شرح حال و معاینهٔ فیزیکی یکی از مهمترین جنبه های ارزیابی تومورهای اولیه ناشناخته مشکوک است. به کمک این دو، گاهی می توان تشخیص احتمالی را مطرح کرد و لااقل تستهای آزمایشگاهی و رادیوگرافیک بعدی را در مسیر خاصی هدایت کرد.

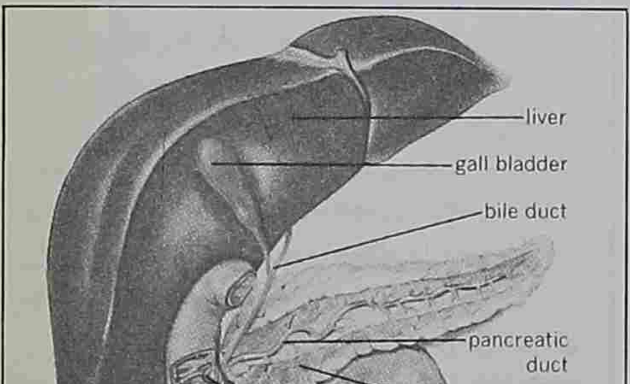
شرح حال باید شامل مرور دقیق سیستم ها باشد تا علائمی که بیمار ذکر آنها را فراموش کرده بیان شود. سابقهٔ بیوپسی یا عمل جراحی که در آن نسجی از بدن برداشته شده حائز اهمیت خاصی است. حتی اگر آن نسج به ظاهر خوش خیم بوده، ممکن است حاوی تومور اولیه باشد. سابقهٔ خانوادگی ممکن است عامل زمینه ساز نوع خاصی از نئوپلاسم (چه به صورت خانوادگی یا نژادی) را مطرح کند مانند سرطان معده (در ژاپنی ها) یا سرطان نازوفارنکس (در چینی ها).

در معاینهٔ فیزیکی همیشه باید تیروئید، پستانها، غدد لنفاوی، کبد و طحال را به دقت لمس کرد. معاینهٔ رکتال باید انجام گیرد و مدفوع از لحاظ خون مخفی آزمایش شود. در زنان باید معاینهٔ لگنی و در مردان لمس دقیق بیضه ها انجام شود. هرچند این اعمال روتین و عادی به نظر می رسد، درعمل غالباً انجام آنها نادیده گرفته می شود.

آغاز تستهای آزمایشگاهی با شمارش کامل گلبولهای خون است. کم خونی، به خصوص از نوع فقر آهن دفع مزمن خون را از یک تومور اولیه در دستگاه گوارش مطرح می کند. ادرار را باید از لحاظ هماتوری یا پروتئینوری میکرسکوپی بررسی کرد. بررسی های عملکرد کبد باید انجام گیرد و با توجه به همراه بودن هپاتیت B با کارسینوم کبد در صورت وجود شرح حال مناسب باید آنتی ژن سطحی هپاتیت B را اندازه گیری کرد

رادیوگرافی قفسهٔ سینه در ارزیابی

* بیماران مبتلا به تومور اولیهٔ ناشناخته، نیاز به یک ارزیابی ضروری و فوری دارند تا بدخیمی های قابل درمان در آنان رد شود.



تومورهای اولیهٔ ناشناخته، حتی بدون وجود علائم تنفسی لازم است. زیرا تشخیص نهایی در بسیاری از موارد سرطان ریه است. بیمارانی که در رادیوگرافی شواهد احتمالی به نفع نئوپلاسم نشان می دهند نیاز به بیوپسی از طریق برونکوسکوپی دارند. زیرا همواره نمی توان براساس رادیوگرافی قفسهٔ سینه، بین کارسینوم برونکوژنیک اولیه و ضایعات متاستاتیک افتراق داد.

به طور کلی، رادیوگرافی های دیگر با تکنیکهای رادیوگرافی با مادهٔ حاجب را تنها در صورتی باید انجام داد که علائمی به نفع محلهای خاص وجود داشته باشد. تفسیر رادیوگرافی مبتلایان به درد استخوان باید توأم با احتیاط باشد. زیرا، تخریب استخوان ممکن است در مراحل اولیه بارز نباشد. در این صورت بهتر است همراه رادیوگرافیهای معمول از اسکن استخوانی رادیونوکلئید استفاده کرد. با اینکه این دو روش بررسی احتمالاً نمی توانند محل تومور اولیه را نشان دهند اما تخریب استخوانهای متحمل وزن را مشخص می کنند که در واقع پیش درآمد شکستگیهای پاتولوژیک است.

C.T. اسکن شکم را باید روشی استاندارد در ارزیابی مبتلایان به تومور اولیهٔ ناشناخته درنظر گرفت. به خصوص این روش برای مشخص کردن سرطان اولیهٔ مخفی پانکراس مفید است. C.T. اسکن قفسهٔ سینه نقش کمتری نسبت به C.T. اسکن شکم دارد. با این روش آدنوپاتی مدیاستن به خوبی مشخص می شود. اما غالباً ضایعات پارانشیم ریه بیش از مقدار واقعی نمودار می شود. در مورد لگن، تجربهٔ ما آن است که بررسی را با انجام C.T. اسکن شروع کرده و هر نوع اختلالی را با سونوگرافی پیگیری کنیم.

MRI هنوز جایی در ارزیابی تومورهای اولیهٔ ناشناخته پیدا نکرده است. علاقهٔ زیادی به انجام این تکنیک وجود دارد، اما در بررسی ها هنوز کاربرد اختصاصی برای آن یافت نشده است. در حال حاضر ما تنها در بیمارانی از MRI استفاده می کنیم که اطلاعات اضافی حاصل از آن ممکن است تغییر قابل توجهی در روش درمانی ایجاد کند.

* شرح حال و معاینهٔ فیزیکی از مهمترین جنبه‌های ارزیابی تومورهای اولیهٔ ناشناختهٔ مشکوک است.

در بیمار معرفی شده که مجموعهٔ علائمی به نفع نئوپلاسم کبد داشت، تصویرسازی کبد قدم اولیه مهمی بود و انجام C.T. اسکن روش تصویرسازی منطقی به شمار می رفت. ما به طور معمول C.T. اسکن را با و بدون تزریق مادهٔ حاجب داخل وریدی و همچنین با مادهٔ حاجب خوراکی و رکتال انجام می دهیم. انجام یک اسکن ساده این خطر را دارد که در صورت وجود یک یافتهٔ مشکوک نیاز به تکرار مطالعه با استفاده از مادهٔ حاجب است.

با توجه به این که بیمار یک زن میانسال با چند زایمان و کمی چاق بود، این محل اعتراض وجود داشت که سونوگرافی برای رد کردن بیماری کیسه صفرا باید انجام می گرفت. با این حال، این بیمار کبد بزرگ نیز داشت که در کله سیستیت (Cholecystitis) یافتهٔ تیپیک نیست.

با اثبات این امر که بیمار دچار ضایعات کبدی است، قدم بعدی ما بیوپسی یکی از این ضایعات است. نتایج بیوپسی، روشهای پیگیری (Work Up) بعدی را بسیار دقیق تر از انجام مطالعات رادیولوژیک مختلف هدایت می کند.

روش بیوپسی انتخابی، به نظر ما آسپیراسیون با سوزن نازک تحت هدایت C.T. یا سونوگرافی است. ترجیح این روش بر پایهٔ موجود بودن رادیولوژیستهای با تجربه در انجام این تکنیک و سیتوپاتولوژیستهای متبحر در تشخیص انواع مختلف سرطان در نمونه های سیتولوژیک است. در صورتی که چنین پرسنلی وجود نداشته باشد، دو روش دیگر امکان پذیر است. اگر تعداد ضایعات زیاد باشد یا اگر یک ضایعه بسیار بزرگ بوده، در واقع قسمت اعظم لوب راست را گرفتار کرده باشد، انجام بیوپسی کبد از راه پوست توسط متخصص گوارش مفید است. نمونه های بیوپسی از طریق پوست آنقدر بزرگ هستند که به جای مطالعات سیتولوژیک می توان بررسی های هیستولوژیک بر روی آن انجام داد و به این ترتیب تشخیص ساده تر می شود.

در صورتی که ضایعه در دسترس هیچ یک از روشهای فوق نباشد، بیوپسی از طریق لاپاراسکوپی بسیار کمک کننده است. نمونهٔ نسج به دست آمده به قدر کافی بزرگ بوده، می توان بررسی هیستولوژیک بر روی آن انجام داد.

عارضهٔ آسپیراسیون با سوزن نازک ممکن است خونریزی باشد، اما خطر آن بسیار کم است. یک مورد استثناء، بیماری است که ضایعات آن در C.T. اسکن قبل از تزریق مادهٔ حاجب دانسیتهٔ کمتری نسبت به پارانشیم اطراف داشته اما پس از تزریق مادهٔ حاجب دارای دانسیتهٔ یکسان شود. مورد دیگر بیماری است که ضایعاتش بسیار پرعروق تر از نسج کبد اطراف باشد. این یافته ها به نفع احتمال همانژیوم کبد است. در این بیماران، ما معمولاً از MRI یا روشهای بررسی جریان خون هسته‌ای استفاده می کنیم تا میزان واسکولاریتهٔ ضایعات را مشخص کنیم.

ارزیابی بیشتر

از یک ضایعهٔ کبدی بیمار، به کمک سوزن ظریف با هدایت C.T. بیوپسی به عمل آمد. آنالیز سیتولوژیک از جمله رنگ آمیزی موسین نشانگر وجود آدنوکارسینوم بود. معاینهٔ لگنی و ماموگرافی دوطرفه‌ای که انجام شد هر دو طبیعی بودند. اندوسکوپی های گوارشی فوقانی و تحتانی طبیعی بود. بررسی مجدد C.T. اسکن ضایعهٔ اولیه‌ای در ناحیه پانکراس نشان نداد.

* * *

ارزیابی پاتولوژیک متاستازهای با منشاء ناشناخته، غالباً منشاء نسجی را به طور دقیق مشخص نمی کنند. با این حال، ممکن است پاتولوژیست بتواند اطلاعاتی در مورد تومور بدهد که

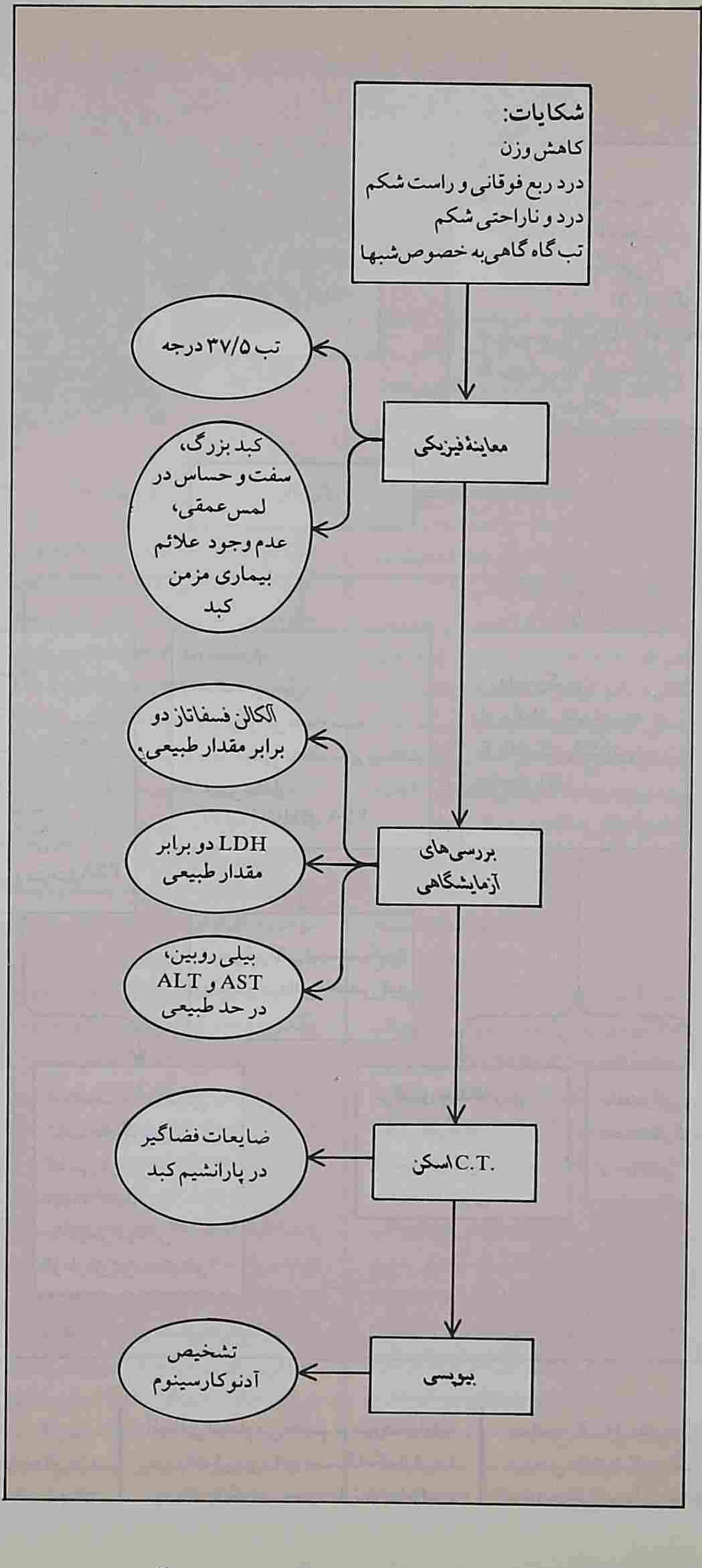
هدایتگر درمانهای بعدی باشد (جدول ۱). در صورت نیاز با استفاده از میکرسکوپ الکترونی یا روشهای رنگ آمیزی خاص می توان بدخیمی های قابل درمانی از قبیل لنفوم تمایز نیافته، کارسینوم سلول کوچک، سارکوم گرانولو سیتیک یا سمینوم را رد کرد. در زنان، انجام تستهای استروژن و پروژسترون تومورهایی را که به درمان هورمونی پاسخ می دهند مشخص می کند (جدول ۲).

غالباً پاتولوژیست ضایعه را در یکی از سه گروه وسیع زیر قرار می دهد. شایعترین گروه آدنو کارسینوم است. دومین گروه کارسینوم است که غالباً تمایز کمی یافته (آناپلاستیک) است. گروه سوم و نسبتاً نادر تومورهای نورواندوکرین (عصبی ـ درون ریز) است.

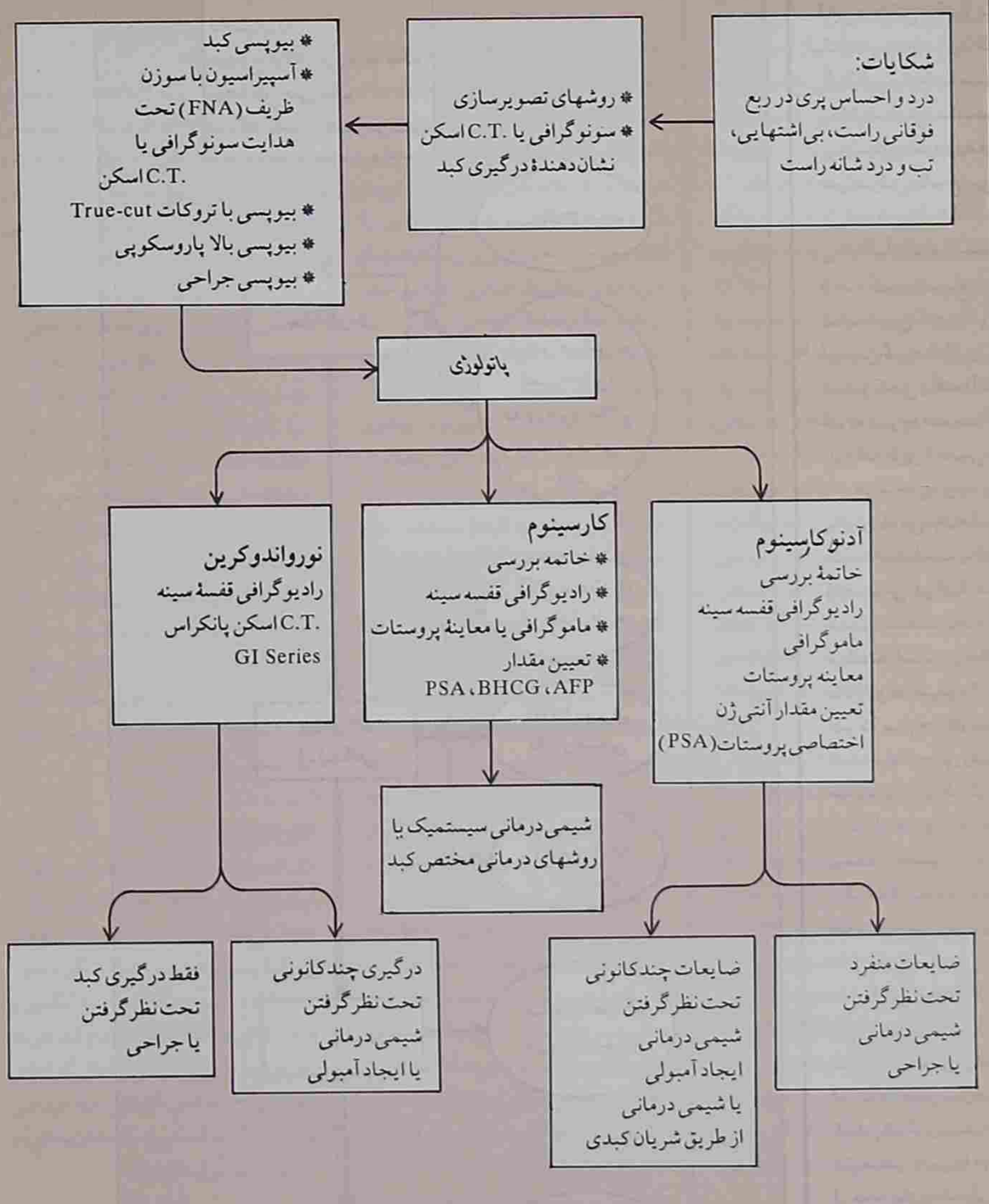
در برخی موارد به کمک روشهای پاتولوژی می توان مشخص کرد که تومور متاستاتیک است یا اولیه. به عنوان مثال کارسینومی در کبد که هیچ گونه تمایز غددی نداشته باشد، تقریباً همیشه متاستاز است. برخلاف هپاتوم اولیه یا کلانژیو کارسینوم که غالباً مشخصات آدنو کارسینوم را دارند. توموری در کبد را که به وضوح نورواندوکرین باشد باید متاستاتیک درنظر گرفت زیرا کبد به طور معمول حاوی سلولهای نورواندوکرین نیست. به همین ترتیب ادنوکارسینوم در یک غدهٔ لنفاوی طبق تعریف همواره متاستاز است زیرا تنها تومور اولیه در این محل لنفوم است.

با این حال، گاهی افتراق بین تومور اولیه و متاستاز بسیار مشکل است و غالباً فرد با درجاتی از شک و تردید مواجه است. در صورت وجود آدنوکارسینوم در کبد پاتولوژیست ممکن است نتواند تشخیص دقیق را مطرح کند و فهرستی از محلهای احتمالی اولیه را ذکر کند که کبد نیز جزء آنها است.

سیر طبیعی آدنوکارسینوم، کارسینوم و تومورهای نورواندوکرین بسیار متفاوت است لذا ارزیابی های بعدی و در نهایت درمان بیمار بستگی به



نمودار درمانی متاستاز کبد بدون تومور اولیه



* برای تومورهای اولیهٔ ناشناخته، روشهای درمانی متعددی وجود دارد و انتخاب یکی از این روشها بستگی به نوع تومور، سرعت رشد آن و وضعیت کلی سلامت بیمار.

تشخیص پاتولوژیک دارد.

در مورد تومورهای نورواندوکرین، ما برای یافتن تومور اولیه، تستهای اضافی انجام می‌دهیم. تومورهای اولیه نورواندوکرین یا در دستگاه گوارش یا نزدیک پانکراس وجود دارند. بنابراین، چنانچه .C.T اسکن اولیه ناقص باشد، ما بررسی دقیق شکم و لگن را با استفاده از مادهٔ حاجب و با توجهٔ دقیق به ناحیهٔ



پانکراس توصیه می کنیم. برشهای ظریف در منطقهٔ پانکراس گاهی یک تومور اولیه کوچک را نشان می دهد. همچنین بررسیهای قسمت فوقانی و تحتانی دستگاه گوارش را به طریق اندوسکوپی یا با مادهٔ حاجب باریم باید انجام داد و توجه خاصی به سکوم، قسمت انتهایی ایلئوم و قسمت دیستال رودهٔ باریک مبذول داشت.

در زنان دچار کارسینوم، بررسی سرطان اولیهٔ ناشناخته شامل معاینهٔ دقیق لگن و ماموگرافی است. پستانها به ندرت محل تومور اولیهٔ ناشناخته هستند اما با توجه به پاسخ نسبتاً خوب سرطان پستان به هورمونها یا شیمی درمانی، انجام ماموگرافی عاقلانه به نظر می رسد. به همین ترتیب باید در مردان پروستات را معاینه کرد و بررسی آنتی ژن اختصاصی پروستات (PSA) را انجام داد. انجام بررسی کامل دستگاه گوارش اندیکاسیون ندارد مگر آنکه نشانه ها یا علائم گوارشی از قبیل یبوست، اسهال، سوء هاضمه (Dyspepsia) یا خون مخفی در مدفوع وجود داشته باشد. سابقهٔ خانوادگی تومورهای دستگاه گوارش اندیکاسیون قطعی به شمار نمی رود.

بررسی - به خصوص در مردان - شامل اندازه گیری ۲ مارکر تومور یعنی آلفافتوپروتئین (AFP) و زیر واحد بتای گنادوتروپین کوریونی انسان (BHCG) است. افزایش مقادیر این مارکرها در سرم تشخیص سندرم سلول ژرمینال خارج گنادی را مطرح می کند. این کارسینوم کم تمایز که منشاء اولیه آن ناشناخته است توسط گروه دانشگاه Vanderbilt تعریف شده است. بیمار مبتلا، به طور تیپیک مرد جوانی (کمتر از ۵۰ سال) که با لنفادنوپاتی خط وسط در غدد پشت پریتوئن یا مدیاستن مراجعه می کند. درگیری استخوان، کبد، یا ریه کمتر است. حتی در صورت درگیری این اعضاء نیز، تعیین تشخیص این سندرم ارزش دارد زیرا تومور تا حدی به درمان، به خصوص شیمی درمانی مبتنی بر Cisplatin پاسخ می دهد.

در حداقل دو سوم مبتلایان به تومورهای اولیهٔ ناشناخته تشخیص پاتولوژیک، آدنوکارسینوم است. ارزیابی بیشتر در این موارد، در زنان شامل معاینهٔ لگنی و ماموگرافی، در مردان معاینهٔ پروستات و PSA و در تمام بیماران اندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی و تحتانی است. از بین مواردی که محل تومور اولیه مشخص شد، حدود ۵۰ درصد زنان دچار آدنوکارسینوم، سرطان پستان یا کولون داشتند. اندوسکوپی به بررسی توسط باریم ترجیح دارد. زیرا به این ترتیب امکان بیوپسی از ضایعات مشکوک فراهم شده و هزینهٔ یک تست اضافی برای بیمار صرفه جویی می شود. در این حالت هم اگر C.T. اسکن کامل شکم و در مورد زنان C.T. اسکن لگن به عنوان بخشی از ارزیابی مقدماتی انجام نشده باشد باید در این مرحله به عنوان بررسی تشخیصی انجام گیرد.

مارکرهای تومور سرمی جزء برنامهٔ ارزیابی نیستند زیرا اساساً برای تعیین محل تومور اولیه کاربردی ندارند. اکثر مارکرهای توموری از قبیل آنتی ژن کارسینوامبریونیک (CEA) یا آنتی ژن سرطان ۱۲۵ (CA-125) غیراختصاصی است و ممکن است در سرطان کولون، پانکراس، پستان، ریه یا سایر نسوج افزایش یابد. این مواد در تشخیص سرطان نقشی ندارند بلکه در انتخاب و پیگیری درمان به کار می روند. به عنوان مثال اگر در بیماری با تومور اولیه ناشناخته مقدار CEA طبیعی یا نزدیک به طبیعی باشد اما مقدار CA-125 (مارکر تومور تخمدان) بسیار زیاد باشد، می توان رژیم شیمی درمانی سرطان تخمدان را برای این فرد توصیه کرد. پس از شروع درمان، کاهش یا افزایش مقدار مارکر در اندازه گیریهای بعدی به تعیین موفقیتهای درمان کمک می کند.

گاهی در ارزیابی این بیماران تومور اولیه مخفی در کولون، پانکراس یا محلی دیگر کشف می شود که به طور کامل

جدول ۱ ـ یافته‌های آزمایشگاهی که می‌تواند به مشخص کردن تومورهای اولیهٔ ناشناخته کمک کند

	میکروسکوپ الکترونی	هیستوشیمی	مارکرهای ایمنی	گیرنده‌های هورمونی
کارسینوم سلول سنگفرشی با تمایز کم	پلهای بین سلولی، تونوفیلامانها، دسموزومها	آنتی بادیهای (پادتن) ضد کراتین		
آدنوکارسینوم با تمایز کم	کمپلکس اتصالی (جانکشنال) کمپلکس محکم (Tight) کمپلکس بینابینی دسموزوم	موسیکارمین، رنگ آمیزی PAS مقاوم به دیاستاز		استروژن، پروژسترون
لنفوم هیستیوسیتی منتشر یا بدون تمایز	پلی ریبوزوم، فقدان محل اتصال (Junction)	MGP, PAS	روزت EAC، روزت E ایمونوگلوبولین سطحی	استروئید
سارکوم با تمایز کم	میوفیبریل، رتیکولوم اندوپلاسمیک دانه دار متسع یا استئوئید خارج سلولی		آنتی بادیهای (پادتن) ضد عضلهٔ صاف	
ملانوم بدون ملانین (Amelaotic)	پیش ملانوزوم	رنگ آمیزی نقره دوست Fontana-Mason		استروژن
کارسینوم سلول ژرمینال بدون تمایز			آنتی بادیهای (پادتن) AFP، آنتی بادی های (پادتن) BHCG	استروژن

* سی تی اسکن شکم را باید روشی استاندارد در ارزیابی مبتلایان به تومور اولیهٔ ناشناخته در نظر گرفت.

بدون علامت بوده است. در این صورت بیماری را با رژیم مناسب بدخیمی اولیه درمان می کنند. اگر تومور اولیه یافت نشود (که به طور معمول چنین است) بررسی های بیشتر توصیه نمی شود، بلکه بر پایه اطلاعات موجود سعی می شود که بهترین شیوهٔ درمان انتخاب شود.

اقدام درمانی

بیمار تحت شیمی درمانی سیستمیک قرار گرفت و پاسخ اولیه در وی بارز شد. به طوری که اندازهٔ ضایعات حدود ۵۰ درصد کاهش پیدا کرد و این امر تقریباً شش ماه دوام یافت. پس از این مدت، بیماری مجدداً شروع به پیشرفت کرد. در ماههای بعد، تعدادی روشهای درمانی ثانوی از جمله رژیم آزمایشی تحقیقاتی فاز یک مورد استفاده قرار گرفت که بهبودی در حال بیمار ایجاد نکرد. وضعیت بیمار به تدریج بدتر شد و حدود ۱۸ ماه پس از شروع درمان، به علت نارسایی کبد فوت کرد. در هیچ یک از C.T. اسکن های متوالی که برای بررسی وضعیت بیماری انجام شد منشاء اولیهٔ سرطان مشخص نشد.

برای تومورهای اولیهٔ ناشناخته، روشهای درمانی متعددی وجود دارد و انتخاب یکی از این روشها به نوع تومور، سرعت رشد آن و وضعیت کلی سلامت بیمار بستگی دارد. در عین حال علاقهٔ شخصی بیمار اهمیت خاصی دارد زیرا در بسیاری از موارد هیچ یک از روشهای طبی موجود ممکن است اثر مفید بارزی نداشته باشد.

چون همهٔ روشهای درمانی موجود بیش از آنکه درمانهای علاج دهنده باشند روشهای تسکینی هستند، ممکن است بیمار تمایلی به دریافت درمان نداشته باشد. در صورتی که بیماری به سرعت در حال پیشرفت نباشد و علائم شدیدی وجود نداشته باشد، می توان بیمار را به سادگی هر ۲ تا ۳ ماه یک بار مورد بررسی و معاینه قرار داد. مشاهده و تحت نظر قرار دادن بیمار به خصوص افراد مسن و مبتلایان به تومورهای نورواندوکرین با تمایز خوب مناسب است. سیر این تومورها به طور معمول

جدول ۲ ـ تومورهای قابل درمان

احتمال درمان قطعی
- تومورهای سلول ژرمینال
- بیماری هوچکین
- لنفوم غیرهوچکین
- تومورهای تروفوبلاستیک

درمان هورمونی (غیرسمی)
- سرطان پستان
- سرطان پروستات
- سرطان اندومتر

شیمی درمانی با تأثیر زیاد (میزان پاسخ درمانی معادل ۵۰ درصد یا بیشتر)
- سرطان پستان
- سرطان تخمدان
- کارسینوم Oat Cell ریه
- سرطان سر و گردن

آهسته و بطئی است و در برخی موارد بسیار مشابه تومور کارسینوئید است.

در برخی موارد می توان با عمل جراحی تومور را برداشت. در مبتلایان به آدنوکارسینوم یا تومور نورواندوکرین در صورتی که ضایعهٔ منفرد کبدی وجود داشته و اعضای دیگر درگیر نباشند، می توان عمل جراحی انجام داد.

در بسیاری از بیماران، به ویژه بیماران علامت دار، یا در کسانی که سیر بیماری با سرعت نسبتاً زیادی درحال پیشرفت باشد، می توان درمان را با روشهای شیمی درمانی سیستمیک آغاز کرد. در برخی از مؤسسات، اولین درمان برای بیماران دچار متاستاز کبد، شیمی درمانی یا ایجاد آمبولی داخل شریانی از طریق شریان کبدی است. البته به نظر نمی رسد این روشها جز در مورد تومورهای نورواندوکرین ارجحیتی بر شیمی درمانی سیستمیک داشته باشند. اما چنانچه پزشک معالج در انجام آنها تبحر و تجربه داشته باشد، از روشهای انتخابی به شمار می آید.

در بسیاری از مبتلایان به تومور اولیهٔ ناشناخته ممکن است بیمار در یک مراجعه پزشکی یا در جریان برنامه آزمایشی یک مرکز تحقیقاتی تحت شیمی درمانی استاندارد قرار گرفته باشد. تصمیمگیری در این حالت به عهدهٔ بیمار بوده، ممکن است به نزدیک بودن بیمار به مرکز تحقیقاتی بستگی داشته باشد. برخی از بیماران دوست دارند که برای دریافت درمانی که ممکن است طول عمر آنها را زیاد کنند مسافتهای طولانی را طی کنند، درحالی که برخی دیگر معتقدند درمان موفقیت آمیز ارزش دور بودن از خانه و صرف مخارج سفر را ندارد.

***

به طور کلی اغلب تومورهای اولیه با منشاء ناشناخته با رژیم شیمی درمانی سیستمیک مربوط به تومورهای اولیه دستگاه گوارش تحت درمان قرار می گیرند. در بسیاری از این رژیمها اساس درمان سیس پلاتین (Cisplatin) یا ۵ـ فلورواوراسیل (5-FU) است. توصیهٔ ما آن است که از شیمی درمانی مبتنی بر 5-FU استفاده شود یعنی 5-FU همراه با لکوورین که رژیم شناخته شده ای برای درمان سرطان متاستاتیک کولون است یا سیس پلاتین، 5-FU و لکوورین که در یک مطالعهٔ فاز ۲ که اخیراً انجام شده موفقیت نسبی آن مشخص شده است.



با این همه، نتایج همهٔ رژیمهای درمانی موجود نومیدکننده بوده، میزان پاسخ دهی در بهترین شرایط ۲۵ تا ۳۰ درصد بوده است و هیچ مورد علاج کامل وجود نداشته است. به این ترتیب، باید



روش درمانی مؤثرتری برای تومورهای اولیه ناشناخته پیدا کرد که به درک بهتر بیولوژی زمینه‌ای بیمار بستگی دارد. برای انجام این کار و کمک به افزایش درک بیولوژی تومورها ـ به خصوص از جانب متخصصین سرطان ـ باید در برنامه‌های تحقیقاتی شرکت کرد یا در شرایط مناسب بیماران را برای شرکت در این برنامه‌ها ارجاع داد.

در موارد نادری ممکن است بیمار پاسخ قابل توجهی به درمان بدهد و بیماری به طور کامل تحت کنترل درآید (Complete Remission) و طول عمر بیمار به ۲ تا ۳ سال یا بیشتر برسد. ناهمگونی پاسخ به درمان، مختص تومورهای اولیه ناشناخته نیست بلکه چنین حالتی در تومورهای اولیهٔ شناخته شده‌ای از قبیل سرطان پانکراس نیز وجود دارد و علت وجود این حالت ناشناخته است.

تومورهای اولیهٔ ناشناخته غالباً از سیستم عضوی که در آن تظاهر می‌کنند فراتر نمی‌روند. به عنوان مثال، تومورهای کبد محدود به کبد باقی می‌مانند و علت مرگ بیمار نارسایی کبد است که در مورد این بیمار نیز چنین بود. در تعداد کمی از بیماران ممکن است تومور بعدها در محل دیگری تظاهر کند که شایعترین این محلها ریه، استخوان، یا غدد لنفاوی است. این تومورها ممکن است متاستازهای تومور اولیه بوده‌اند که همزمان با تظاهر تومور در اعضای مختلف کاشته شده‌اند اما رشد آهسته‌تری داشته، بعدها تظاهر یافته‌اند. از سوی دیگر ممکن است این تومورها متاستازهای ناشی از متاستازها باشند که این پدیده در مطالعات حیوانی نشان داده شده است. برای افتراق این دو حالت، از طریق بالینی راهی وجود ندارد و با توجه به محدودیتهای درمان فعلی نیازی نیز به این کار نیست. با این حال، در صورتی که درمان مؤثرتری وجود داشته باشد، شروع درمان در زودترین زمان ممکن برای جلوگیری از متاستازهای ثانویه به حائز اهمیت خواهد بود.

در نزد حدود ۵ تا ۱۰ درصد بیماران نهایتاً یک تومور اولیه به طور اتفاقی در بررسی‌های مربوط به پیگیری بیماری یا در نتیجهٔ پیدایش علائم جدید یافت می‌شود. با این وجود، قسمت عمدهٔ تابلوی بیماری متاستاز آن است.

* در حداقل دو سوم مبتلایان به تومورهای اولیهٔ ناشناخته، تشخیص پاتولوژیک، آدنوکارسینوم است.

تفسیر بیمار مورد بحث

تشخیص آدنوکارسینوم با منشاء ناشناخته، یک سری واکنش مشخص در بیمار و پزشک ایجاد می‌کند که هر دو این واکنش‌ها ناشی از تصور و درک مبهم ماهیت مسئله بوده، ممکن است مانع انجام بهترین درمان ممکن شود.

به طور تیپیک، بیمار احساس می‌کند که دانستن محل تومور اولیه مهم است و به رغم انجام آزمایشها و روشهای بررسی متعدد، بیمار تصور می‌کند که پزشک دچار اشتباه شده یا در کار خود وارد نیست. در این حال بیمار خسته و افسرده ممکن است نسبت به پزشک هم ابراز خشم و نارضایتی کند. اعضای خانوادهٔ بیمار نیز از عدم توانایی پزشک در تعیین تومور اولیه خسته می‌شوند.

پزشک متخصص بیماریهای سرطان نیز به علت پیدا نکردن تومور اولیه احساس نارضایتی و عدم کفایت می‌کند و با توجه به این مطلب که درمانهای موجود تأثیر چندانی بر سیر بیماری ندارند این احساس تشدید می‌شود. امید برای پیدا کردن محل تومور اولیه باعث می‌شود که پزشک متخصص تستهای بیشتری درخواست کند. درحالی که در بهترین شرایط پیدا کردن تومور اولیه با موفقیت نسبی توام است. حتی اگر تومور اولیه پیدا شود به احتمال زیاد قابل درمان نیست و بنابراین بیمار سودی نخواهد برد.

با این همه دورنمای آینده هم برای بیمار و هم برای پزشک منطقی‌تر و امیدوارکننده‌تر است. عقیده بر این است که حداقل چهار اصل کلی و مهم در این امر وجود دارد:

اصل اول: وظیفهٔ پزشک آن است که اطمینان حاصل کند که بیمار مبتلا به سرطان غیرقابل عمل و لاعلاج است. باید نمونهٔ بیوپسی جراحی یا آسپیراسیون با سوزن نازک مورد بررسی مجدد قرار گیرد و یافته‌های پاتولوژیک با قطعیت به اثبات برسد. رادیوگرافی‌ها و اسکن‌ها نشان‌دهندهٔ بیماری متاستاتیک در ریه، کبد، استخوان یا مغز را باید بازبینی کرد و به صورت قطعی و بدون شک و تردید وجود متاستاز را

ثابت کرد. اثبات وجود برخی از متاستازهای اختصاصی ممکن است ضروری باشد.

اصل دوم: پزشک باید احتمال وجود تومور اولیه در پستان یا پروستات را رد کند. برای بررسی این امر می توان از مارکرهای سرمی اضافی، ماموگرافی یا سونوگرافی کمک گرفت، اما نباید روشهای پرهزینه را یک جا و به طور مکرر انجام داد.

اصل سوم: پزشکان متخصص سرطان علاقه دارند که بیمار را به قصد علاج تحت درمان قرار دهند. اما غالباً این نکته فراموش می شود که پزشک باید علائم را نیز درمان کند. برطرف کردن درد، فشار آسیت، تهوع و استفراغ و انسداد روده از جمله اهداف مهم برنامهٔ درمانی است. با برطرف کردن این علائم کیفیت زندگی بیمار تا حد زیادی بهبود می یابد. برعکس، هنگامی که بیمار فاقد علامت است، تشویق او برای مصرف داروهای سمی و گرانقیمت ممکن است بهترین شیوهٔ برخورد نباشد.

اصل چهارم: این اصل در رابطه با استراتژی درمانی است. در مورد بیماری که دچار آدنوکارسینوم متاستاتیک است، اولین هدف باید برطرف کردن علائم باشد. بدین معنی که علت ایجاد علائم را باید تعیین کرد و مؤثرترین روش برای برطرف کردن علت را به کار برد. روشهای ترکیبی مختلفی برای شیمی درمانی سیستمیک به کار می روند از قبیل: فلورواوراسیل (Fluorouracil)، دوکزوروبیسین (Doxorubicin)، آدریامایسین و میتومایسین (Mitomycin) [FAM]، سیس پلاتین (Cisplatin) و اتوپوزید (Etoposide) [CE]، سیکلوفسفامید (Cyclophosphamide)، دوگزوروبیسین وفلورواوراسیل [CAF] با این وجود، ارجح آن است که برای بیماران امکان شرکت در یک مطالعهٔ فاز یک یا دو فراهم آید، به خصوص اگر بیمار خود تمایل به درمان داشته در وضعیت فیزیکی خوبی به سر می برد.

با این که غالباً برای این بیماران درمان توصیه می شود، گاهی تحت مشاهده قرار دادن بیمار و انتظار کشیدن، سیاست مناسب تری به نظر می رسد. به عنوان مثال، در سال ۱۹۷۷ یک مرد ۴۲ ساله به دنبال بیوپسی توده‌ای در ناحیهٔ مغبنی (اینگوینال) چپ به پزشک سرطان شناس مراجعه کرد. تشخیص پاتولوژی بیوپسی کارسینوم بدون تمایز بود و در بررسی کاملی که انجام شده بود تومور اولیه مشخص نشده بود. در بازبینی لامهای پاتولوژی، مارکرهای سرمی و رادیوگرافیها و معاینهٔ بیمار نشانه هایی از تومور اولیه یا بقایای سرطان پیدا نشد و بنابراین به بیمار پیشنهاد شد که تحت درمان قرار نگیرد و در عوض، از نزدیک به دقت تحت مشاهده و پیگیری باشد که مورد موافقت وی قرار گرفت. چهارده سال پس از تشخیص مطرح شده، در سال ۱۹۹۱ بیمار همچنان فاقد بیماری بوده، به طور تمام وقت مشغول کار بود. اگر از ابتدا درمان او شروع می شد، ممکن بود به ظاهر درمان موفقیت آمیزی به نظر برسد درحالی که با مشاهدهٔ شرح حال و سابقهٔ بیمار (Retrospect) هرگونه درمانی زائد و اضافی بوده است.

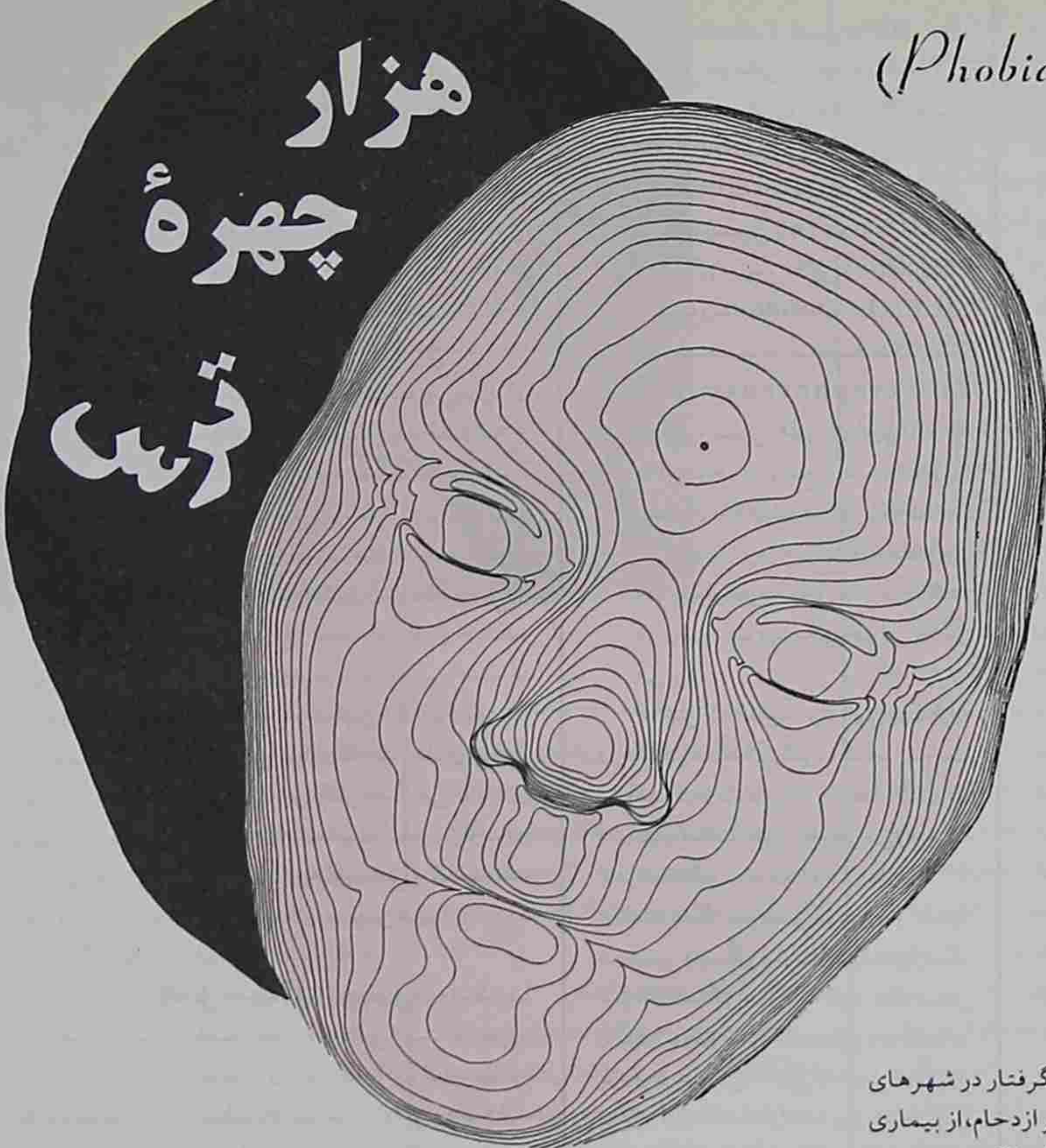
به طور خلاصه

با این که ارزیابی و درمان آدنوکارسینوم متاستیک با منشاء ناشناخته همچنان به صورت یک معما باقی است، برخی از روشهای خاص مورد توصیه است. در مورد بیمارانی که علائم آزاردهنده‌ای ندارند، روش مشاهده و انتظار توصیه می شود و در مورد بیمارانی که نیاز به رفع علائم دارند شیمی درمانی سیستمیک مناسب به نظر می رسد. با این حال، تجویز CAF، CE یا FAM توصیه نمی شود. زیرا به این ترتیب اطلاعات کمی به دانش ما اضافه می شود و در عوض بیمار با داروهای سمی مواجه شده بر مشکلات و مسائل او اضافه می شود. در عوض، پیشنهاد آن است که از بیماران خواسته شود در بررسی ها و مطالعات اکتشافی با طرحریزی مناسب شرکت جویند.



فوبیا (Phobias)

هزار چهرهٔ ترس



*** بیماران مبتلا به فوبیا (Phobias)، پیشقراولان عصر تشویش و اضطراب!**

میلیونها مردم گرفتار در شهرهای بزرگ ماشین‌زده و پر ازدحام، از بیماری ترس بی‌اساس (Phobias) رنج می‌برند و به عنوان پیشقراولان عصر تشویش و اضطراب چشم امید به علم پزشکی دوخته‌اند تا با ابداع روشهای درمانی نوین به یاری آنها بشتابد و از کابوسی که چون مار بر افکار و اندیشهٔ آنها چنبره زده رهایشان سازد.

این مقاله، گزارشی است تکاندهنده از فوبیا و آثار آن در رفتار و افکار مبتلایان.

یك عمر زندانی!

گزارش حاضر کامل نخواهد بود مگر آنکه نمونهٔ خانم مارجوری گوف (Marjorie Goff) به عنوان شاهد مثال از صدها نمونهٔ نظیر خود، بیان شود.

در سال ۱۹۴۹ - چهار سال پس از جنگ جهانی دوم - که خانم گوف درب آپارتمان کوچکش در شهر واشنگتن را پشت سر خود بست، هنوز بحث بر سر کشتار هولناک ناشی از بمباران اتمی هیروشیما و ناکازاگی داغ بود. اما، این خانم در تنها کشوری از جهان زندگی می‌کرد که کسی از فروافتادن یک بمب اتمی بر روی یکی از شهرهای آن هراسی به دل نداشت. با این وجود، خانم گوف از وحشتی که بر او مستولی شده بود، دیگر از آپارتمان خود بیرون نیامد مگر سه مرتبه: یک بار در سال ۱۹۶۰ به منظور دیدار خانواده... یک بار دیگر - دو سال بعد - برای یک عمل جراحی... و یک بار هم در سال ۱۹۷۶ برای خرید بستنی برای دوست هم‌خانه‌اش که به علت ابتلا به سرطان در آستانهٔ مرگ قرار داشت و خوردن بستنی آخرین آرزوی او بود!

خانم گوف شاید همین حالا هم در همان آپارتمان خود زندانی است. ولی، حتی اگر مددکاران اجتماعی و روانکاوها بتوانند او را دوباره به کوچه و خیابان بازگردانند، انسان فقط می‌تواند با حیرت از خود بپرسد که بر افرادی نظیر خانم گوف چه می‌گذرد که سایرین از آن

بی اطلاعند؟

بله. تکرار می کنیم: نمونه هایی نظیر خانم گوف پیشقراولان عصر تشویش و اضطراب و مبتلایان بیماری بزرگ قرن هستند: ترس بی اساس (فوبیا).

این بیماری جانشین جنون جوانی (شیزوفرنی Sehizophernia) در دهۀ شصت و افسردگی (دپرسیون Depression) و اختلال روانی (برنات Burnout) در دهۀ هفتاد شده است.

دکتر رابرت ل. دوپونت (Robert L. Dupont) ـ مدیر مرکز طب رفتاری، Behavioral Medeeine، در شهر واشنگتن ـ فوبیا را «**بیماری وحشت برانگیز بلایای خیالی که می تواند تفکر عقلی را از میان ببرد**» می نامد و معتقد است: «**تعجبی ندارد که شیوع فوبیا در عصری از تاریخ تمدن بشر اتفاق می افتد که آیندۀ این تمدن در گرو صدها اگر و مگر و اما و تردید است.**»

منظور دکتر دوپونت آن نیست که فقط انفجار بمب اتم سبب ساز ظهور تعداد کثیری بیماران فوبیایی جدید شده است. از نقطه نظر بالینی، تعداد بیشتری هستند که بیش از اتم از عنکبوت یا زلزله‌ای که معلوم نیست چه موقع به وقوع خواهد پیوست می ترسند.

به نظر می رسد آن بخش از مغز که محل بروز و آماجگاه این بیماری است، بین «**تهدید اتمی و ترس از مدفون شدن زیر آوار**» یا «**وجود احتمالی عنکبوتی در یکی از زوایای خانه**» هیچ فرقی نمی گذارد.

میلیونها امریکایی از بیماری ترس بی اساس (فوبیا) رنج می برند. *

نخستین اشاره

بیماری فوبیا را شاید نخستین بار هیپوکرات (HippoCrates) در قرن چهارم قبل از میلاد معرفی کرده است! این فیلسوف بلندآوازۀ یونانی، در داستان شگفت انگیز نیکانور (Nicanor) از قهرمان قصۀ خود سخن می گوید که به شنیدن صدای فلوت به هراس می افتاد و... و شگفتا که حالات و بازتابهای بیماران فوبیایی، نسبت به دورۀ هیپوکرات چندان تفاوتی نکرده است (همچنانکه غرایز در حیوان و انسان!).

با این حال، به یقین آنچه که بسیار تغییر کرده این است که امروزه افراد بیشتری از بیماران فوبیایی مایل به صحبت دربارۀ آن هستند و از طرف دیگر، پزشکان و مداواگران نیز آمادگی بیشتری برای شنیدن و مداوا دارند.

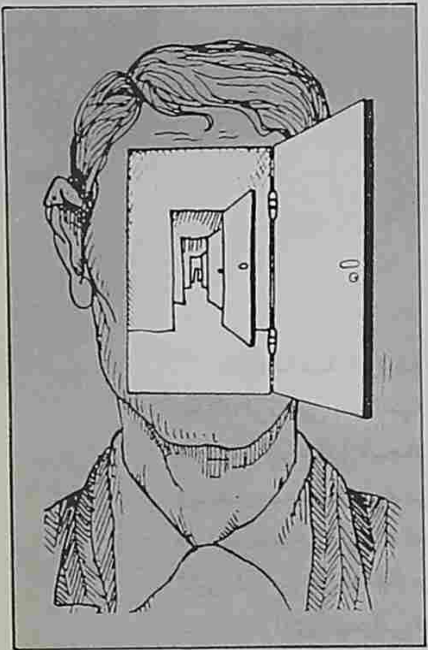
شیوع

به موجب نتایج حاصل از تحقیقاتی که انجمن ملی بهداشت روانی (National - Institute of Mental Health) در امریکا انتشار یافته است، از هر بیست فرد بالغ امریکایی یک نفر گرفتار جدی ترین نوع بیماری فوبیا ـ یعنی اگورافوبیا (Agora Phobia) ترس از مکانهای شلوغ ـ است و از این بیماری رنج می برد و از هر ده نفر امریکایی، یک نفر به یکی دیگر از انواع فوبیا مبتلاست. به این ترتیب، می توان گفت که این بیماری در مقام دومین بیماری شایع در کشور امریکا (پس از اعتیاد به الکل و الکلیسم) قرار می گیرد. چنین آماری زمانی هیجان انگیز می شود که بدانیم بسیاری از معتادان به الکل نیز مشکوک به ابتلای به فوبیا هستند و به خاطر مخفی کردن بیماری خود به الکل پناه برده‌اند.

اینکه روانشناسان یک سلسله نشانه ها را به جای آنکه مثلاً تشویش (Anxiety)، یا افسردگی (Depression) بنامند فوبیا می گویند، به نظر نمی رسد اهمیتی داشته باشد. مهم آن است که معالجۀ یک بیمار فوبیایی نسبتاً آسانتر از دیگر بیماران روانی است. به اعتقاد دکتر دوپونت ـ رئیس انجمن فوبیا در امریکا (Phobia Society of America) ـ بیماران فوبیایی از جمله درمان پذیرترین بیماران روانی هستند و اگر در عمده موارد نباشد، دست کم در بسیاری از موارد مداواگران دریافته اند که علائم و نشانه های بیماری در واقع خود بیماری فوبیا است (حال آنکه طرفداران مکتب فروید، فوبیا را از هر نوع که باشد جلوه‌ای از مسائل و مصائب سنین کودکی می دانند).

طب رفتار درمانی (Behavior Therapy) امروزه قادر است بسیاری از فوبیاهای خفیف را به سرعت معالجه کند. موارد جدی تر، اکثراً با داروهایی که حملات ناشی از فوبیا را مهار می کنند یا شدت آنها را به نحوی چشمگیر تخفیف می دهند درمان می شود.

اگر خانم گوف به عنوان یک بیمار

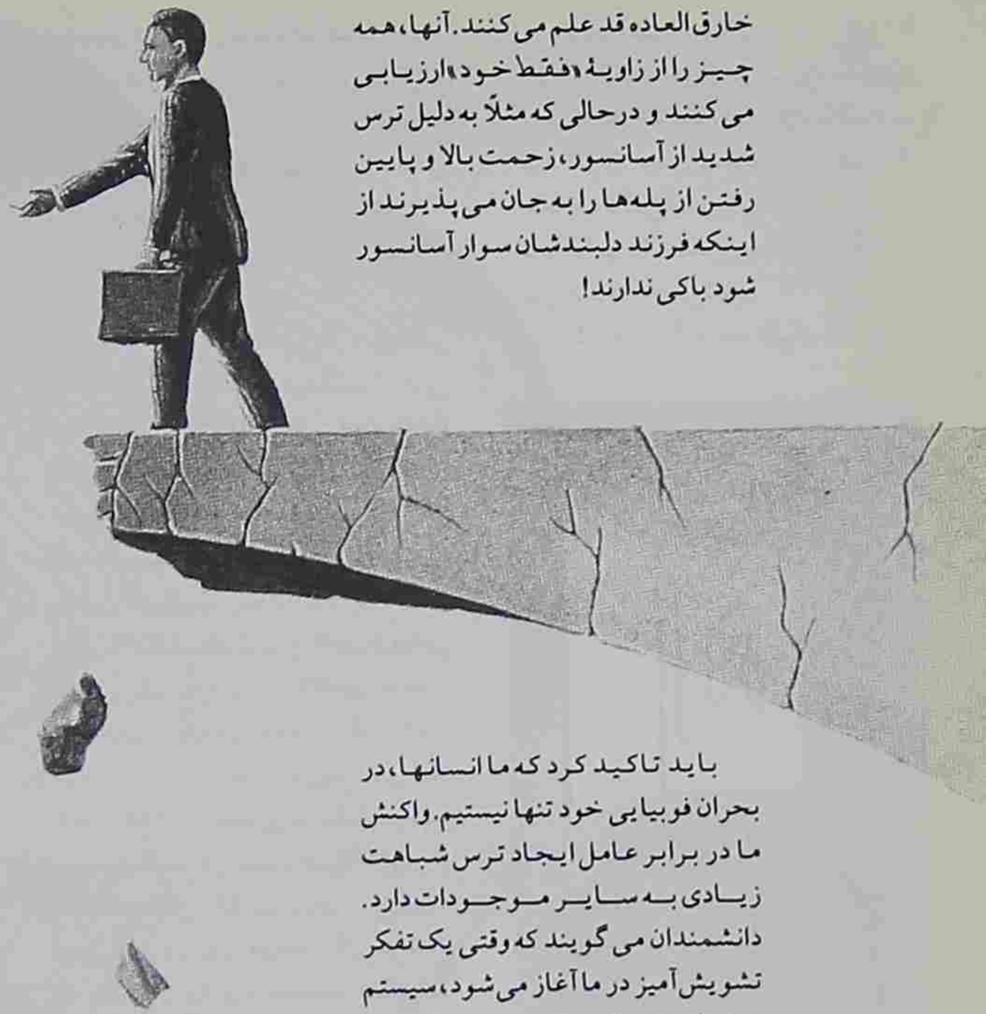


فوبیایی ـ و نه یک بیمار عصبی ـ مورد توجه قرار می گرفت، حتی اگر چندین دهه خود را زندانی کرده بود، معالجه می شد.

خانم ویرجینیا آرتو (Virginia Artu) ـ اهل شهر منلو پارک در کالیفرنیا مورد دیگری بود که نشانه هایی بسیار شبیه بیماری خانم گوف داشت و بیست و هشت سال معالجۀ روانکاری نتوانسته بود حتی بیماری او را تخفیف دهد. اما، حال این بیمار پس از چند ماه معالجۀ ویژۀ بیماران فوبیایی رو به بهبود نهاد.

جالب اینکه بیماران فوبیایی به آسانی دست خود را باز می کنند و خیلی زود می توان آنها را از دیگر بیماران روانی تمیز داد. زیرا آنها، قبل از معالجه، قدرتمندترین نیروهای روحی را در صیانت از ذات خود به نمایش می گذارند و در برابر بلایای موهوم با قدرتی

خارق العاده قد علم می کنند. آنها، همه چیز را از زاویهٔ «فقط خود» ارزیابی می کنند و درحالی که مثلاً به دلیل ترس شدید از آسانسور، زحمت بالا و پایین رفتن از پله ها را به جان می پذیرند از اینکه فرزند دلبندشان سوار آسانسور شود باکی ندارند!



باید تاکید کرد که ما انسانها، در بحران فوبیایی خود تنها نیستیم. واکنش ما در برابر عامل ایجاد ترس شباهت زیادی به سایر موجودات دارد. دانشمندان می گویند که وقتی یک تفکر تشویش آمیز در ما آغاز می شود، سیستم بدن ما موادی شیمیایی ترشح می کند - و البته نه به مقدار کافی یا غالباً به موقع - تا پیشروی و گسترش این ترس و بازتابهای ناشی از آن را سد کند. در مغز انسان و برخی موجودات، گیرنده هایی هست که می تواند انواعی از عوامل سدکنندهٔ ترس را دریافت کند. حال آنکه جانوری نظیر کوسه ماهی (SHARK) فاقد این گونه گیرنده ها بوده و این بدان معنا است که کوسه از جمله موجوداتی است که می تواند بدون تشویش و فارغ از هرگونه هراس در فضای زیستی خود غوطه ور باشد و از زندگی لذت ببرد!؟

در آزمایشگاه، به آسانی می توان حیوانات را با ایجاد یک حادثه یا یک عامل دردناک دچار فوبیا کرد. اما، برخی حیوانات دچار فوبیای مادرزادی هستند و از رعد و برق گرفته تا قرار گرفتن در اتومبیل به وحشت می افتند و عکس العمل نشان می دهند. لیکن فوبیاهایی هم وجود دارد که به نظر می رسد خاص انسان و ناشی از قدرت تفکر او باشد. در این رهگذر اغلب چیزهایی که در برخورد با حواس عمومی و منطق انسان در تضاد قرار گیرد، تبدیل به عامل ناراحت کننده و ترسناک می شود. مثلاً، پل که به طور طبیعی باید بر ستونهایی آشکار استوار باشد و از پایین نگهداری شود، چنانچه به صورت معلق ساخته شود، از آنجا که در تضاد با حواس عمومی انسان قرار می گیرد، لاجرم در پندار بیماران فوبیایی جلوه‌ای از یک پدیدهٔ هراس انگیز می یابد.

بگذارید در زمینهٔ همین مثال - یعنی پل معلق - شاهدی از قلمرو ادبیات بیاوریم: قهرمان داستان «فرشتهٔ پل» نوشتهٔ جان شیور (John Cheever) هنگام رانندگی در میان رعد و برق و طوفان بر روی پل معلق جرج واشنگتن، ترس هول انگیز خود را از آنچه به نظر او بر این جهان هستی می گذرد چنین بیان می دارد: ... «البته من هیچ گونه نشانه‌ای برای خراب شدن این پل نمی بینم. ولی، بر این باورم که تا چند لحظهٔ دیگر این پل از وسط دو نیم خواهد شد و زنجیر اتومبیلهای گیرافتاده در ترافیک روی پل را به درون آبهای سیاه رود هودسن خواهد ریخت»!

البته، جان شیور نویسندهٔ این داستان، خود هرگز به کسی نگفت که چنین اشاره‌ای از زبان قهرمان قصه در واقع ترجمان احساس و حال خود او بوده است. لیکن، دخترش سوزان شیور که به تازگی خاطرات پدرش را تکمیل کرده و انتشار داده است می نویسد که پدرش هنگام رانندگی روی پلهای مرتفع از چنان ترس گیج کننده‌ای رنج می برد که هرگز نتوانست بر آن غلبه کند.

تله؟!

یکی دیگر از تله های هول انگیز مهندسی جدید برای مردم، ابداعات عجیب و غریبی است که در نمایشگاه های بزرگ بین المللی و بازار مکاره ها به خرج می دهند. مشتریان و بازدیدکنندگان این قبیل بازار مکاره ها، سرخوش و بی خیال، از پارکینگ به محوطه و سالنهای بازار قدم می گذارند و تا بخواهند چشم باز کنند، در دامهای شگفت آوری گیر افتاده‌اند: تصویرهای سه‌بعدی، پلکانهای مارپیچ و پر فراز و فرود، آینه های مسخ کنندهٔ تصویر، چراغها و نئونهای چشمک‌زن، کالاهایی که به شکلهای هندسی روی هم چیده شده‌اند، و ...

فوبیای بازار مکاره (Mall Phobia) مشکل جدید و رو به گسترش دنیای صنعت و تجارت است.

یک زن - از شهر نیوتون در ایالت ماساچوست - که نخواست نامش در این گزارش ذکر شود، ترسی را که از یک بازار مکارهٔ مدرن به او دست داده بود چنین بیان می کرد: «به نظر می رسید مواد غذایی در اطراف من چنان سر به فلک کشیده، و روی هم انباشته شده‌اند که تشکیل یک سیاهچال ژرف داده‌اند. سرم شروع به گیج رفتن کرد، عضلاتم قفل شد و ...»

به همین ترتیب، هراس از حبس شدن

در آسانسور... پرواز با هواپیما... عبور از پل... ایستادن در مکانی مرتفع... حتی گیر افتادن در فرورفتگی مبل، از شایع ترین انواع فوبیاها هستند.

نکته اینجاست، آنهایی که از پرواز کردن با هواپیماهای مسافربری وحشت دارند، از هدایت هواپیمای شخصی تحت کنترل خود باکی ندارند و یا ترس از ارتفاع زمانی است که مکان مرتفع به صورت جلوباز و دارای چشم انداز باشد.

تونی وایت هد (Tony Whit head) روانشناس انگلیسی، در کتاب خود ترس ها و فوبیاها (Fears and Phobias) انواع دیگری از فوبیا را مطرح می کند، مثل: ترس از پر شدن وان هنگام استحمام! در این حال، چنانچه شخص دیگری در خانه نباشد که آبراه مسدود را باز کند، بیمار ممکن است از هوش برود و برای او خطر خفه شدن در وان پیش آید یا با قلبی که ضربان آن به اوج رسیده و عرق سردی که بر تمام بدن نشسته است، با یک پرش از وان بیرون آید و از حمام بگریزد!

یک فوبیای بسیار ساده، ترس از حیوانات است: موش، سگ، گربه، سوسک، عنکبوت، مار، زنبور، مارمولک، کرم و... دیگر حیواناتی که احتمال برخورد با آنها در زندگی معمولی بسیار است و این ترس در حالی اتفاق می افتد که بیشتر این حیوانات هیچ گونه خطری برای انسان ندارند (و در مورد مار نیز اگر شخص کفش به پا داشته باشد، خطر به حداقل می رسد).



فوبیای اجتماعی

انسان تنها موجودی است که در معرض فوبیای اجتماعی (Social Phobias) قرار می گیرد. این فوبیا، بر ترس ناشی از مورد تمسخر قرار گرفتن و مضحکه شدن استوار است. به همین دلیل، ترس از صحبت کردن برای جمع یا جمعیت زیاد، از شایع ترین فوبیاهای اجتماعی به شمار می رود و تقریباً کمتر کسی را می توان یافت که مثلاً در یک میهمانی بزرگ ناگهان برای ایراد سخنرانی دعوت شود و او به هراس نیفتد.

*** ترس از مکانهای مرتفع... عبور از پل... حبس شدن در آسانسور... گیرافتادن در مکانهای شلوغ... مار... عنکبوت... سوسک... آلودگی و... بسیاری از مردم - به ظاهر شجاع این روزگار - را فلج کرده است.**

یک نوع دیگر از فوبیای اجتماعی، ترس از آلودگی و آلوده شدن (با ترشح فاضلاب، خالی شدن یک سطل آب در جوی کنار خیابان، عبور چرخهای اتومبیل از روی یک گودال پر از آب و...) است. بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی حتی از این می ترسند که نکند کسی در نزدیکی آنها استفراغ کند! از این بدتر، خود در رستورانها غذا نمی خورند به این دلیل که ممکن است در میز مجاور، یکی از مشتریها بالا بیاورد و...

ریشه یابی این قبیل ترسهای موهوم به راستی وسوسه انگیز است، حتی اگر بارها به شکست انجامد. به هر حال، این قبیل ترسها باید دلیلی و ریشه‌ای داشته باشند.

روانکاوها احتمال می دهند که ترس از حیوانات ریشه در یک برخورد هراس انگیز و فراموش ناشدنی دارد و برخلاف سایر فوبیاها، اغلب از دوران کودکی سرچشمه می گیرد.

دکتر فلیپ لوندوسکی (Dr. Philip Levendusky) - مدیر پروژهٔ رفتار درمانی در بیمارستان مک لین در شهر بلمونت، ماساچوست - با بیماری برخورد کرد که از برف می ترسید. با ریشه یابی و کند و کاو در گذشتهٔ این بیمار، دکتر لوندوسکی دریافت که سرچشمهٔ این ترس در بیمار، از هنگامی بوده که وی در راه خود برای رسیدن به بالین پدر محتضرش گرفتار برف و بوران شدید شده و نتوانسته است به موقع به مقصد برسد.



یک مورد هولناک ترس از پل و بزرگراه توسط دکتر باری فنتون (Dr. Barry Fenton) از دانشکدهٔ پزشکی تگزاس معالجه شد. دکتر فنتون پی برد که بیمار او در کودکی توسط پدرش از لبهٔ پل به پایین آویخته می شده است! البته، این نتیجه گیری بدان معنا نیست که هرکس که از پل بترسد در کودکی چنین تجربهٔ هولناکی را پشت سر نهاده است. چون، بسیاری از مردم دچار ترس مشابه هستند، لیکن با سرچشمه‌ای متفاوت.

آنهایی که از رانندگی در بزرگراهها می ترسند، خود را کودکی می پندارند که

سینه خیز و چهاردست و پا در راهرو منزل پیش می روند و هر آن ممکن است توسط یک نیروی ناشناخته (پدر، مادر، ...) از زمین برداشته شده و به بالا پرتاب شوند! این قبیل راننده های فوبیایی، به محض رسیدن به بزرگراه، جای خود را به رانندهٔ دیگر ـ مثلاً یکی از همراهان ـ می دهند تا از هراس ناشی از تحریکات درونی خود رها شوند.

یکی از بیماران فوبیایی که رانندهٔ کامیون بود، از این می ترسید که هنگام رانندگی بر روی یک پل معلق و بسیار مرتفع، کامیون را متوقف کند و از آن ارتفاع به رودخانه بپرد! سرانجام، او به شرطی حاضر بود از پل بگذرد که راننده‌ای دیگر پشت فرمان کامیون باشد.

به دلیل شیوع این نوع فوبیاست که در دو سوی بسیاری از پلهای مرتفع و باریک امریکا، یک سرویس مخصوص اسکورت توسط پلیس ایجاد شده تا رانندگان دیگری پشت فرمان خودروها بگمارد و رانندهٔ اصلی اتومبیل یا کامیون را در ماشینهای پلیس به آن سوی پل منتقل کند. چنین بیمارانی چه دارند بگویند؟ **«هر وقت به ارتفاعات می رسم، یک قوهٔ مرموز مرا به کنارهٔ پرتگاه می کشاند»!**

البته افراد مبتلا به ترس از بلندی‌ها هرگز از پنجرهٔ یک آسمانخراش به بیرون نمی پرند... رانندگان فوبیایی به ندرت دچار حادثه می شوند... و پلهای معلق نیز از وسط دو نیم نمی شوند. لیکن ـ اینکه بگوییم: **«ترس شما بی اساس است»** در آنها تاثیر ندارد. زیرا، آنها خود بهتر از هر کس این نکته را می دانند.

مبتلایان فوبیا ابداً شباهتی به بیماران پارانویا (Paranoia)، که گمان دارند اختلالات ذهنی آنها مبتنی بر علتی است، ندارند. ترس بیماران فوبیایی ـ درعین بی اساس بودن ـ یک واقعیت مسلم و محرز است. آنها تصور نمی کنند که می ترسند، بلکه واقعاً می ترسند، و هنگام ترس، قلب شان به شدت می زند، کف دستهاشان از عرق خیس می شود، احساس گیجی و تنگی نفس و سستی در زانوان دارند و... سرانجام، در شدیدترین حالت حمله، چنان است که پنداری دچار آنفارکتوس شده اند. به این ترتیب، بیماران فوبیایی از جمله مشتریان همیشگی اورژانسهای شهر خود به شمار می روند.

به گفتهٔ یکی از این بیماران فوبیایی، که دربارهٔ میزان وحشت خود سخن می گفت: **«تصور کنید که در یک کوچهٔ تاریک هستید و ناشناسی شما را تعقیب می کند. حالا این احساس را شدیدتر کنید».**

البته برخی از بیماران فوبیایی خوشبخت تر از دیگرانند و ممکن است سالها سپری شود و آنها امکان برخورد با شیئی یا شرایط وحشت آفرین نداشته باشند. مثلاً کسانی که از مار می ترسند، در فضای زندگی خود (شهر و آپارتمان و اداره) می توانند بدون خطر برخورد با یک مار واقعی به کارهای خود بپردازند. ولی، چه می توان گفت دربارهٔ کسی که عامل فوبیای او جیرجیرک است؟

بدترین حالت آن است که حملهٔ ناشی از ترس ناگهانی، به طور مستقل از مکان، شیئی، یا وضعیت بروز کند؟ زیرا در این حالت دیگر چیزی ـ به عنوان عامل ایجاد ترس ـ وجود ندارد که از آن احتراز شود.

از جمله هولناکترین فوبیاها، ترس از مکانهای شلوغ (اگورافوبیا Agora Phobia) است. این نوع فوبیا، می تواند ظرف چند ماه از یک زن یا یک مرد اجتماعی، انسانی کاملاً علیل و منزوی بسازد تا جایی که او بقیهٔ عمر را (درصورتی که مداوا نشود) در یک خانه، یک آپارتمان، یک اتاق، و حتی در یک مبل سر کند!

واژهٔ «اگورا» (Agora)، ریشهٔ یونانی به معنی بازار دارد، ولی اشتباه است اگر تصور شود که این نوع فوبیا فقط ترس از بازارها و خیابانها و میدانهای شلوغ و پرجمعیت است.

یک مثال ساده می تواند ابعاد



*** بعد از جنون جوانی، افسردگی و اختلالات روانی،... اینک فوبیا!**

*** یک بیمار فوبیایی فکر نمی کند که می ترسد بلکه «واقعاً» می ترسد!»**

وحشت ناشی از بیماری اگورافوبیا را بنمایاند: چنانچه فوبیای معمولی همچون ترسی تلقی شود که در آئینه به خود نگاه می کند، در این صورت اگورافوبیا ترسی است که در میان دو آئینه رو به رو قرار دارد. پس، بی دلیل نیست که در امریکا حدود نیم میلیون نفر وجود دارند که خود را به دلیل بیماری اگورافوبیا در خانه زندگانی کرده‌اند. حتی، به نظر می رسد صومعه ها پر از افراد مبتلا به اگورافوبیا باشند!

شیوه‌های مداوا

در مداوای بیماری فوبیا، باید توجه داشت که سالهای گذشته زندگی آنها ـ از لحاظ این بیماری خانمان برانداز ـ عاری از نشانه های واضح است. هرگز نمی توان گفت که طلاق، اولیای نااهل، مواد مخدر و یا حتی مشکلات آموزشی و دورهٔ تحصیل می تواند ریشهٔ مشترک برای همهٔ بیماران فوبیایی باشد، هرچند که برخی از آنها در دوران نوجوانی احساس تشویش می کرده و یا خویشاوندانی مبتلا به اگورافوبیا ـ یا دیگر انواع این بیماری ـ داشته‌اند.

به هر روی، تعداد زنان تحت معالجهٔ ویژهٔ بیماران فوبیایی امروزه در امریکا چهار برابر مردان است و این ممکن است ناشی از تمایل ذاتی زنان به سخن گفتن دربارهٔ مسائل و مشکلات شان باشد. اینان، اغلب باهوش، سالم، حساس و علاقه مند به یک زندگی با نشاط هستند. اما، آنچه آزارشان می دهد ترس از تحریکات درونی و واکنشهای نفس خودشان است.

شیوهٔ دکتر ژوزف ولپ (Joseph Wolpe) ـ از دانشگاه تمپل (Temple University) ـ در معالجهٔ بیماران فوبیایی استفاده از فنون غیرحساس شدن و شل کردن عضلات برای مقابله با امواج تشویش است. دکتر ولپ به بیماران خود آموزش می دهد که چگونه خود را در وضعیت ترس برانگیز تصور کنند و بکوشند که مدتی در آن وضعیت باقی بمانند. دکتر ولپ می گوید: «وقتی یک **بیمار فوبیایی ـ مثلاً از نوعی که از حبس شدن در آسانسور می ترسد ـ توانست به مدت پانزده دقیقه خود را در یک آسانسور تصور کند و در همان حال هیچ عکس العمل حاد نشان ندهد، خواهد توانست عملاً هم سوار آسانسور شود.»**

با این وجود، کسانی هم هستند که چنین شیوه‌ای را عقب مانده و ابتدایی ارزیابی می کنند. روانکاوهای کلاسیک معتقدند که اگر مکانیسم ایجادکنندهٔ بیماری شناخته نشود، آثار بیماری دوباره و شاید به شکلهای دیگر ظاهر خواهد شد. لیکن، خوشبختانه چنین چیزی در مورد بیماران مداوا شده به وقوع نپیوسته و تجربه نشان داده است آنهایی که بر ترس از آسانسور غلبه می کنند چند سال بعد دچار ترس از عنکبوت ـ یا هر نوع ترس دیگر ـ نمی شوند.

از پیشرفتهای بزرگ در مداوای فوبیا، این کشف بزرگ بود که می توان با استفاده از جوشاندهٔ لاکتات سدیم (Sodium Lactate) به طور مصنوعی ایجاد تشویش و هراس کرد! بنابراین، وقتی مصرف یک ماده شیمیایی بتواند شخص را دستخوش هراس سازد، طبعاً می توان نتیجه گرفت که فوبیا ـ به ویژه اگورافوبیا ـ نیز یک مبنای بیوشیمیایی دارد. با این کشف، حداقل قضیه این است که بیماران مبتلا به فوبیای ساده را ـ که از یک عامل خارجی رنج می برند ـ با بیمارانی که گرفتار ترس نشأت گرفته از عوامل درونی هستند از یکدیگر تمیز دهیم. خوشبختانه، داروهایی وجود دارند که می توانند حملات ناشی از ترس ناگهانی و خودجوش را متوقف کنند. این داروها، از ردهٔ داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای Tricyclic Antidepressants (که اولین آن ایمی پرامین Imipramine بود) هستند که بیش از داروهای آرامبخش بر زایل شدن ترس اثر دارند. چندین نوع داروی تولید شده نیز به بازار آمده است که اثرات مشابهی دارند. جدیدترین این داروها الپرازولام (Alprazolam) نام دارد که به نظر می رسد تأثیری سریعتر داشته باشد و آثار جانبی کمتری برجای بگذارد.

بحث بر سر این است که آیا دارو به تنهایی برای درمان فوبیا کفایت می کند یا خیر؟ دکتر دانالد کلین (Donald Klein) مدیر انستیتو روانشناسی ایالت نیویورک (NewYork State Psychiatric Institute) اعتقاد دارد که در بسیاری از موارد، دارودرمانی به تنهایی کفایت نمی کند و حدود یک سوم از بیماران فوبیایی ـ به ویژه آنهایی که مبتلا به اگورافوبیا هستند ـ به روانکاوی کلاسیک نیاز دارند، ضمن آنکه تمرینهای مربوط به خوددرمانی، از طریق آموزشهای مربوط به قرار دادن خود در وضعیت های ترس برانگیز، نیز بایستی بخشی از مداوا را تشکیل دهد.

یک کشف بسیار پراهمیت تر از داروهای جدید، شاید این آگاهی روزافزون در نزد بیماران باشد که حمله‌های ترس ناگهانی الزاماً به معنی تخریب زندگی شخصی و معمولی و درپیش گرفتن نوعی زندگی خاص و بسته نیست. برفراز این پندار، به بیمار آموزش داده می شود که به وضعیت مورد ترس خود نزدیک شود و یک ترس سازمان یافته را شخصاً تجربه کند و مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد. در چنین آزمایشها و آموزشهایی، بیمار احساس می کند که هر لحظه در حال سقوط از یک پرتگاه... خرد شدن زیر چرخهای قطار... له شدن در انبوه جمعیت... خفه شدن در آسانسور... گزش مار... و... امثال این وقایع هول برانگیز است. اما، عملاً نیز درمی یابد که هرگز هیچ یک از این اتفاقات به وقوع نمی پیوندد. این چنین بیماری، وقتی توانست نحوهٔ سازش با طوفانهای عصبی را فرا گیرد، آنگاه قادر خواهد بود با آنها زندگی کند و سرانجام پیروز شود و...

* * *

پژوهش و بررسی، همچنان ادامه دارد.

راستی آیا تصور می کردید که این نسل به ظاهر شجاع، از چه ترس نفسگیری انباشته است؟

باید بدانید

انفارکتوس میوکارد که نام پزشکی حملهٔ قلبی است، عبارت است از آسیب به عضلهٔ قلب (که میوکارد نام دارد). گاهی یک لخته یا پلاک در داخل شریانهای کرونر، میزان خونی را که به قلب می‌رساند بسیار کم می‌کند و در نتیجه، انفارکتوس (یعنی آسیب و مرگ نسج قلب به علت وقفهٔ طولانی) ایجاد می‌شود.

نشانه‌های هشدار دهنده انفارکتوس میوکارد

علائم انفارکتوس میوکارد چیست؟

ـ علامت عمده و بارز، درد قفسهٔ سینه است که با نشستن یا خوابیدن برطرف می‌شود. این حالت گاهی به‌صورت احساس سنگینی، فشار یا پُری قفسهٔ سینه توصیف می‌شود که به دست چپ، شانهٔ چپ و قسمت بالای پشت یا به گردن و فک تحتانی تیر می‌کشد. بیمار بی‌قرار و مضطرب است و در هیچ وضعیتی راحت نیست و هنگام تنفس کردن مواجه با اشکال است. حتی نیترو گلیسرین که معمولاً باعث بر طرف شدن آنژین می‌شود، در اکثر مواقع اثر بسیار کمی بر درد انفارکتوس میوکارد دارد.

گاهی این درد به قسمت فوقانی شکم انتشار می‌یابد و با تهوع و استفراغ همراه است که علائمی مشابه سوء هاضمه است اما داروهای آنتی‌اسید بر آن تأثیری ندارد.

بسیاری از اوقات، افراد دچار انفارکتوس میوکارد عرق سرد می‌کنند و احساس ضعف، بی‌حالی و سرگیجه دارند. در صورتی که فشارخون فرد کاهش شدیدی داشته باشد، پوست وی سرد، خمیری و خاکستری رنگ می‌شود.

* آیا بیمار از وقوع انفارکتوس میوکارد، آگاهی می‌یابد؟

ـ همیشه اینطور نیست. گاهی درد فقط حدود یک ساعت یا کمتر طول می‌کشد و بیمار فکر می‌کند که دچار سوء هاضمه یا اسپاسم عضله شده است. انفارکتوس میوکارد، به‌ندرت «خاموش و بی علامت» است. در واقع گاهی شواهد انفارکتوس و نوار قلب (الکتروکاردیوگرافی) مدتها بعد از وقوع این حالت کشف و مشخص می‌شود.

با این وجود، در اکثر موارد درد و بیماری چنان شدید است که بیمار به‌سرعت به پزشک مراجعه می‌کند.

* در صورتی که بیمار فکر نمی‌کند دچار انفارکتوس میوکارد شده است چه باید بکند؟

ـ در صورتی که فرد دچار درد یا ناراحتی در طول استخوان جناغ ـ همراه یا بدون سایر علائم نامبرده ـ شود، باید بیمار را فوراً به بیمارستان رساند. بیمار نباید خود به تنهایی به بیمارستان مراجعه کند و نباید منتظر دفع خود به‌خود علائم باشد. در واقع، این بدترین کار ممکن است. در عین حال بیمار باید سعی کند که آرام باشد، تا حد امکان کمتر حرکت کند و سیگار نکشد.

* برای جلوگیری از انفارکتوس میوکارد چه می‌توان کرد؟

ـ با مصرف غذاهایی که چربی اشباع شده و کلسترول خیلی کمی دارند می‌توان خطر انفارکتوس را کاهش داد. زیرا به این ترتیب احتمال تجمّع پلاکهایی که شرایین کرونر را مسدود می‌کند کاهش می‌یابد.

بیمار باید وزن خود را کم کند و سیگار نکشد. در صورتی که بیمار مبتلا به دیابت یا فشارخون بالا باشد، باید طبق دستور پزشک برای کنترل این بیماریها اقدام کند. در صورت موافقت پزشک می‌توان به‌طور منظم ورزش نیز انجام داد.



۱ ـ درد سنگین، فشارنده و تیر کشنده قفسه سینه؟



۲ ـ سرگیجه، اضطراب و عرق سرد؟



۳ ـ خونسرد باشید و از کسی بخواهید که هر چه زودتر شما را به بیمارستان برساند.

شما مبتلا به عفونت ویروسی هستید

آنتی بیوتیکها از با ارزش ترین ابزارهای پزشکی به شمار می روند، زیرا می توانند جلو رشد باکتریها را بگیرند. امروزه حتی داروهایی وجود دارد که برای کنترل تعدادی از عفونتهای ویروسی از قبیل تبخال (Herpes) و انفلوانزای حقیقی به کار می رود.

*** آیا من به آنتی بیوتیك نیاز ندارم؟**

ـ مسئلهٔ اصلی این است که آیا یک عفونت خاص در اثر یکی از انواع مختلف باکتریها ایجاد می شود یا توسط یک ویروس؟ در صورتی که عامل ایجاد عفونت باکتری باشد، استفاده از آنتی بیوتیک معمولاً کمک کننده است. در حالی که، آنتی بیوتیک‌های موجود بر اکثر ویروسها تأثیری ندارند. بنابراین، اگر عامل بیماری یک ویروس باشد، معمولاً بهتر است که آنتی بیوتیک مورد استفاده قرار نگیرد.

*** اما قبلاً که من دچار همین علائم بودم، آنتی بیوتیك مصرف کردم.**

ـ علائمی که شبیه علائم بیماری قبلی است، لزوماً مربوط به همان بیماری نیست. صدها بیماری ویروسی و باکتریایی ممکن است علائم مشابهی داشته باشند. حتی اگر بیماری شما، دقیقاً همان بیماری قبلی باشد که با مصرف آنتی بیوتیک خاصی بهبود یافته بود، لزوماً به آن مفهوم نیست که با مصرف دوبارهٔ همان آنتی بیوتیک، بهبود خواهید یافت. گاهی ریشه کنی بیماری توسط سیستمهای دفاعی بدن، به حساب «آنتی بیوتیک تجویز شده» گذاشته می شود (و گاهی پزشکان، به رغم آنکه بیمار نیاز به آنتی بیوتیک ندارد، برای جلب رضایت او، مجبور به تجویز آنتی بیوتیک می شوند!)

*** چرا من نمی توانم «خودسرانه» آنتی بیوتیك مصرف کنم؟**

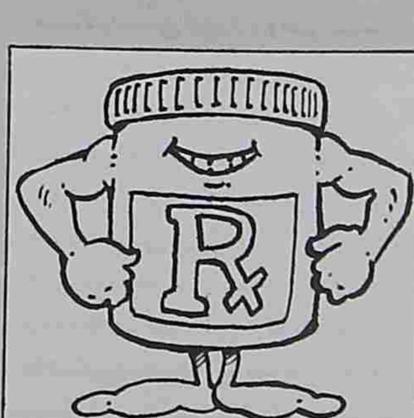
ـ همانگونه که آنتی بیوتیکها در صورت تجویز هنگام نیاز واقعی بیمار می توانند مفید واقع شوند (برای درمان گلودرد استرپتوکوکی، ذات الریهٔ پنوموکوکی یا بسیاری از بیماریهای باکتریال دیگر)، گاهی سبب ایجاد واکنشهای آلرژیک (خارش، بثورات جلدی یا کهیر)، تهوع یا استفراغ یا حتی عوارض جانبی جدی تر می شوند. بنابراین، وقتی پزشک تصمیم می گیرد که بیمار آنتی بیوتیک مصرف نکند، علاوه بر جلوگیری از هزینه های اضافی، بیمار با عوارض جانبی این داروها نیز مواجه نخواهد شد.

دلیل دیگر آن است که هر چه میزان مصرف یک آنتی بیوتیک خاص در دنیا بیشتر باشد مقاومت باکتریها نسبت به آن بیشتر خواهد شد و نهایتاً ممکن است گونه‌ای از باکتریها نسبت به یک آنتی بیوتیک خاص به‌طور کامل مقاوم شوند.

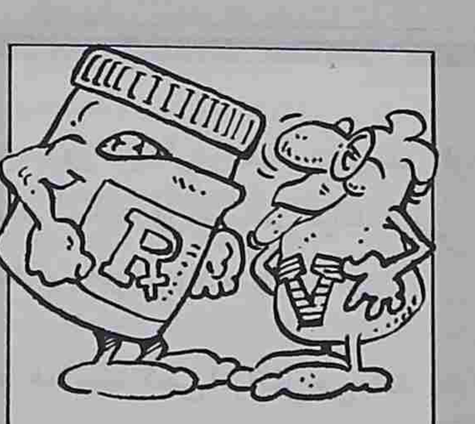
*** من چه کار می توانم بکنم؟**

ـ بهترین درمان یک بیماری ویروسی مصرف مقادیر کافی مایعات، استراحت و سایر روشهایی است که به برطرف شدن علائم بیماری کمک می کند. هرگز آنتی بیوتیکی را که برای فرد دیگری تجویز شده مصرف نکنید. زیرا ممکن است نسبت به آن آلرژی داشته باشید و یا اگر قبل از مصرف آن، آزمایشهای لازم انجام نشده باشد ممکن است در نتیجهٔ کشت گلو یا سایر آزمایشها تأثیر منفی بگذارد.

پیدایش هرگونه مشکل جدید، تشدید علائم، یا هر مسئله دیگری که توجه شما را جلب می کند به پزشک گزارش دهید.



۱ ـ آنتی بیوتیکها ابزارهای مفیدی هستند، اما راه علاج تمام بیماریها نیستند.



۲ ـ آنتی بیوتیکهایی که باکتریها را می‌کشند بر ویروسها تأثیری ندارند.



۳ ـ آنتی بیوتیکها برای درمان عفونتهای باکتریال بسیار موثرند.



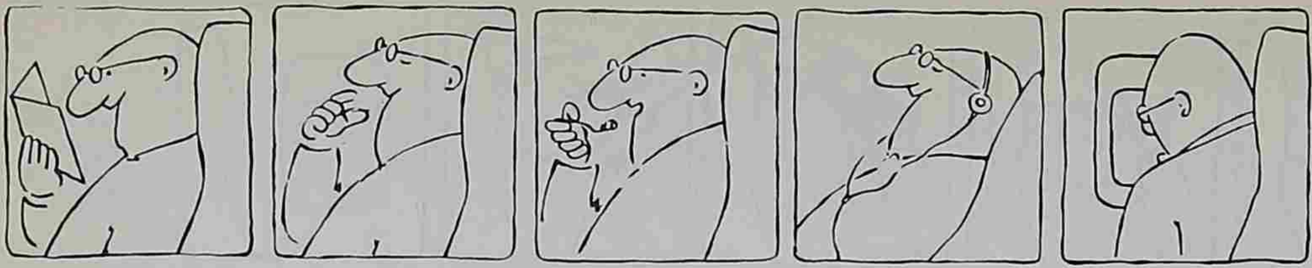
اگر با هواپیما مسافرت می‌کنید...

❁ کاهش فشار آتمسفر، رطوبت پایین، بروز «بیماری مسافرت» ناشی از تلاطم، تغییر افق و به هم خوردن ریتم شبانه‌روز، و... می‌تواند برای افراد مبتلا به برخی بیماریها مشکلاتی طی پرواز به‌وجود آورد.

❁ خطر بروز حملات صرع هنگام سفر با هواپیما کمی افزایش می‌یابد.

❁ چه بیمارانی باید از مسافرت هوایی پرهیز کنند و اگر ناگزیر از این‌کارند، چه کارهایی را باید متناسب با وضعیت خود به مورد اجرا در آورند؟

هر ساله افراد بیشتری با هواپیما مسافرت می‌کنند و وقتی بیماری می‌خواهد از کشور خود به کشور دیگری - برای انجام درمانهای طبی یا جراحی اختصاصی - مسافرت کند، علاقه دارد که برای آسایش بیشتر یا صرفه‌جویی در وقت، این مسافرت با هواپیما انجام شود. بنابراین باید مسائل و مشکلات مختلفی را که ممکن است باعث بروز اشکال در مسافرت هوایی بیمار (یا حتی فرد سالم) شود، در نظر گرفت و با برنامه‌ریزی صحیح، استرسهای احتمالی ناشی از پرواز را به حداقل رساند و از بروز اورژانسهای پزشکی در طی پرواز جلوگیری کرد.



در زنان باردار، مسافرت هوایی در ماه آخر حاملگی و هفتهٔ اول بعد از زایمان توصیه نمی شود.

تغییرات فیزیولوژیك

کاهش فشار اتمسفر: تغییر فیزیولوژیک اصلی در هواپیما، کاهش فشار اتمسفر به علت افزایش ارتفاع است. البته در تمام هواپیماهای مسافری مدرن فشار داخل کابین افزایش یافته است اما این فشار را نمی توان به میزان هم سطح دریا رساند. ارتفاع معمول پرواز هواپیما حدود ۶ تا ۷ هزار پا است.

در ارتفاع ۶ هزار پا (معادل دو هزار متر) فشار اتمسفر کمی بیشتر از ۶۰۰ میلی متر جیوه است و با این میزان کاهش فشار، گاز موجود در حفره های بدن طبق قانون Boyle منبسط می شود. بنابراین، ۱۰۰ میلی لیتر هوا در سطح دریا حجمی معادل ۱۳۰ میلی لیتر در ارتفاع ۶ هزار پایی اشغال می کند و این امر، در صورت وجود بیماریهای حاد یا مزمن التهابی همراه با آبریزش بینی و تورم مخاط (که مانع جریان آزاد هوا و برقراری تعادل فشاری می شود) می تواند باعث ایجاد مشکل در سینوسهای اطراف بینی و حفره های گوش میانی شود. آسیب ناشی از فشار یا باروتروما (Barotrauma) ممکن است بسیار دردناک باشد اما به ندرت آسیب کلی ایجاد می کند.

بیماری واقعی ناشی از کاهش فشار اتمسفر، در ارتفاع کمتر از ۱۷ هزار پا ایجاد نمی شود و در ارتفاع کمتر از ۲۵ هزار پا بسیار نادر است. با این حال، در افرادی که بلافاصله بعد از غواصی با هواپیما مسافرت کرده اند، این بیماری ایجاد شده است و باید به مسافرین هشدار داد که ظرف ۱۲ ساعت بعد از غواصی با دستگاه اکسیژن یا ظرف ۲۴ ساعت بعد از هر نوع غواصی با عمق بیشتر از ۱۰۰ پا، نباید پرواز کنند.

هیپوکسی (کمبود اکسیژن): کاهش فشار اتمسفر باعث هیپوکسی می شود. در سطح دریا فشار نسبی اکسیژن در هوای آلوئولی ۱۰۳ میلی متر جیوه است در حالی که در ارتفاع ۶ هزار پا در حدود ۷۵ میلی متر جیوه است. از آنجا که میزان اکسیژن حمل شده توسط هموگلوبین به فشار نسبی اکسیژن بستگی دارد، این کاهش فشار می توانست خطرناک باشد. اما این اثر نامطلوب با توجه به شکل سیگموئید (شبیه S) منحنی تجزّای اکسیژن تعدیل می شود. بنابراین، کاهش بیش از ۲۵ درصد در فشار نسبی اکسیژن فقط باعث کاهشی معادل ۳ درصد اکسیژن حمل شده می شود و اثر نسبتاً ناچیزی بر اشباع خون از اکسیژن دارد مگر اینکه فشار نسبی اکسیژن به کمتر از ۶۰ میلی متر جیوه کاهش یابد. کاهش فشار نسبی اکسیژن در کابین هواپیماهای مدرن که درصد اشباع خون شریانی را حدود ۳ درصد کاهش می دهد، علامتی در «مسافر سالم در حال استراحت» ایجاد نمی کند. اما بیمارانی که دچار نارسایی قلب، انفارکتوس اخیر قلب، کم خونی شدید، بیماری شدید تنفسی یا نارسایی شرایین مغز هستند، دچار هیپوکسی بارز می شوند.

اختلال ریتم شبانه روزی: عامل مهم دیگری که بر فیزیولوژی مسافران تاثیر دارد تغییرات سریع منطقهٔ زمانی است که می تواند بر ریتم های شبانه روزی اثر بگذارد. این ریتم ها عبارتند از:

- تعداد تنفس و میزان مصرف اکسیژن
- تعداد ضربان قلب
- فشار خون
- درجه حرارت بدن
- میزان متابولیسم پایه
- سیکل خواب
- عادات اجابت مزاج و دفع ادرار

برای تطابق با ریتم شبانه روزی به ازاء هر ساعت تغییر افق به یک روز زمان نیاز است و در تجربیات نشان داده شده است که زمان واکنش و تصمیمگیری نیز تا چند روز بعد از مسافرت هوایی دچار اختلال می شود.

مسافر سالم

به یک مسافر سالم هواپیما باید موارد کلی زیر را توصیه کرد:

- برنامه پرواز را از قبل طرحریزی کنید. در صورت امکان، پرواز در طول روز باشد و یا زمان رسیدن به مقصد معادل زمان خواب معمول باشد.
- از فعالیت شدید طی ۲۴ ساعت قبل از پرواز اجتناب کنید.
- از مصرف سیگار قبل و در حین پرواز خودداری کنید زیرا با کاهش اکسیژن، میزان منواکسید کربن خون افزایش می یابد.
- از افراط در مصرف غذا خودداری کنید.
- برای جلوگیری از دزهیدراتاسیون (کم آبی بدن) در طول پرواز از مایعات استفاده کنید اما از مصرف نوشابه های گازدار خودداری کنید.
- لباس و کفش سبک و راحت بپوشید و چنانچه هوای کابین سرد باشد یک ژاکت نازک به تن کنید.
- بعد از مسافرتی که ۵ ساعت اختلاف زمانی ایجاد کرده است، لااقل مدت ۲۴ ساعت استراحت کنید و هرگز مستقیماً در مراسم خاص یا ملاقات فردی شرکت نکنید.
- بعد از رسیدن به مقصد، در صورتی که تغییر زمانی ۵ ساعت یا بیشتر باشد از



بیماران دچار نارسایی احتقانی قلب و انفارکتوس قلبی اخیر (۳ تا ۶ هفته قبل از پرواز) نباید با هواپیما سفر کنند.

یک ملیّن خفیف و در صورت امکان یک قرص آرامبخش کوتاه اثر استفاده کنند.

مسافر بیمار

کلیات: بهتر است قبلاً زمان پرواز بیمار توسط فرد دیگری کنترل شده باشد. طبق مقررات انجمن بین المللی نقل و انتقال هوایی، حداکثر فاصله بین هواپیما و جدول پیاده‌رو ۱۲۳۰ پا (حدود ۴۱۰ متر) است. در بسیاری از فرودگاههای مدرن با استفاده از سیستم «راهرو متحرک» مسافرین مستقیماً وارد هواپیما می شوند. البته ممکن است طول این مسیر در داخل ترمینال فرودگاه کمی بیش از معمول باشد. بیماران بستری را با آمبولانس تا پای هواپیما منتقل می کنند و سپس آنها را همراه با افرادی که از صندلی چرخدار استفاده می کنند به کمک بالابرهای مخصوص وارد هواپیما می کنند.

بیمارانی که پای آنها در گچ بلند قرار دارد یا دچار خشکی (Ankylosis) مفصل زانو یاران و بیماریهای مشابه هستند نمی توانند در صندلی هواپیما بنشینند و ظرف چند ساعت پرواز وضعیت نامناسبی دارند. صندلیهای واقع در جلوی کابین و در ردیف درهای خروج اضطراری فضای بیشتری دارد. با این حال، صندلیهای جلوی کابین معمولاً اختصاص به مادرانی دارد که اطفال خود را داخل کالسکه نگهداری می کنند و طبق مقررات ایمنی نمی توان افراد معلول و ناتوان را در مسیر درهای خروجی قرار داد. بنابراین، بیماران بد حال (که نمی توانند در وضعیت طبیعی بنشینند) را می توان با هواپیماهای درجه یک یا روی برانکار انتقال داد. برای یک برانکار مخصوص هواپیما و فرد همراه آن فضایی معادل ۹ صندلی اشغال می شود.

باید به خاطر داشت که میهمانداران هواپیما پرستار نیستند و فقط می توانند کمکهای اولیه را به مسافرین ارائه کنند. آنها قادر به انجام وظایف پرستاری از جمله تزریق دارو و مراقبت و توجه به درمان بیمار نیستند. علاوه بر این، انجام وظایفی از قبیل تعویض رختخواب یا لگن نیز به عهده آنها نیست.

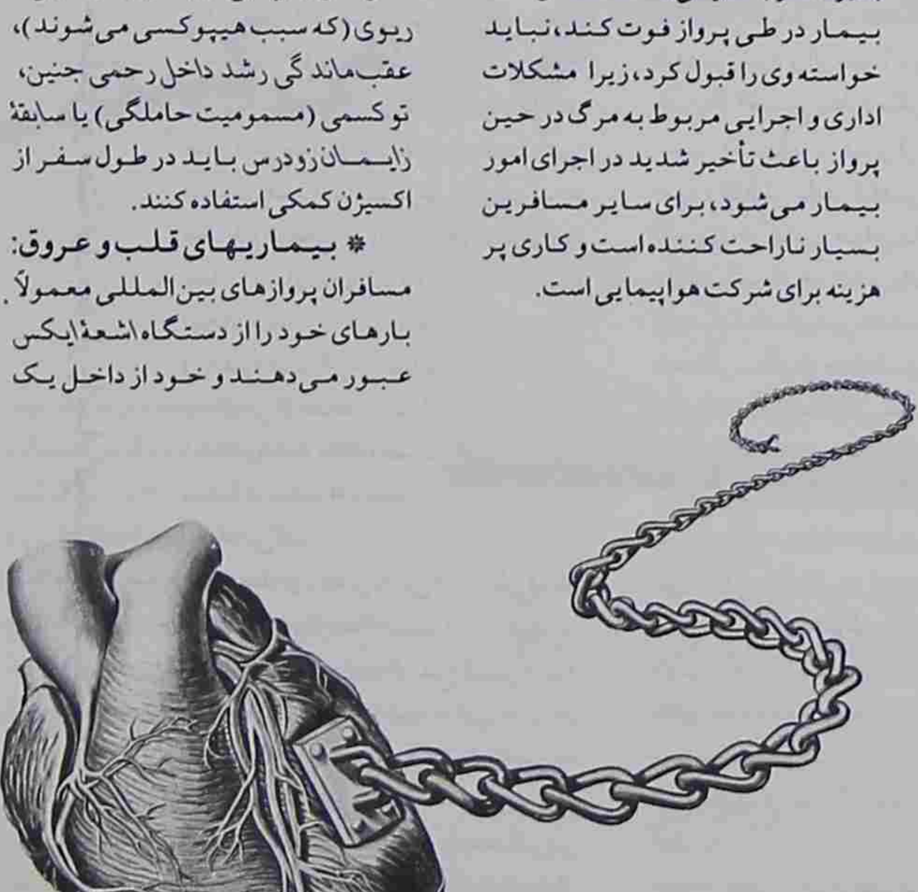
گاهی بیمار بسیار بد حالی، آرزو دارد که به کشور خود برگردد و در آنجا بمیرد. اگر به نظر می رسد که ممکن است بیمار در طی پرواز فوت کند، نباید خواسته وی را قبول کرد، زیرا مشکلات اداری و اجرایی مربوط به مرگ در حین پرواز باعث تأخیر شدید در اجرای امور بیمار می شود، برای سایر مسافرین بسیار ناراحت کننده است و کاری پر هزینه برای شرکت هواپیمایی است.

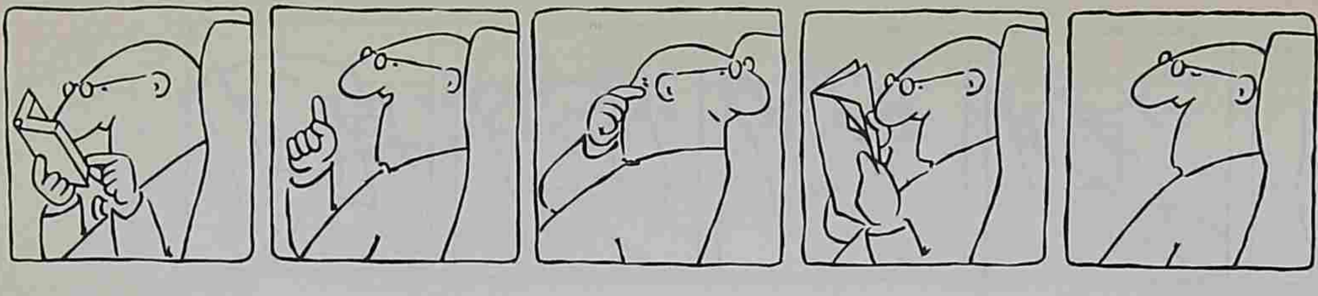
ملاحظات بالینی

* **بیماریهای عفونی:** مبتلایان به عفونتهای استنشاقی از جمله مننژیت مننگوکوکی، سل و آبله‌مرغان نباید با خطوط هوایی تجاری مسافرت کنند.

* **حاملگی:** پرواز ممکن است باعث شروع زایمان شود و مادران بارداری که زمان آغاز زایمان آنها نزدیک است با توجه به خطرات زایمان در طی پرواز نباید با هواپیما پرواز کنند. اکثر خطوط هوایی پرواز را در ماه آخر حاملگی و هفتهٔ اول پس از زایمان توصیه نمی کنند. زنان حامله مبتلا به کم خونی، همو گلوبینوپاتی، بیماریهای قلبی - ریوی (که سبب هیپوکسی می شوند)، عقب ماندگی رشد داخل رحمی جنین، توکسمی (مسمومیت حاملگی) یا سابقهٔ زایمان زودرس باید در طول سفر از اکسیژن کمکی استفاده کنند.

* **بیماریهای قلب و عروق:** مسافران پروازهای بین المللی معمولاً بارهای خود را از دستگاه اشعهٔ ایکس عبور می دهند و خود از داخل یک



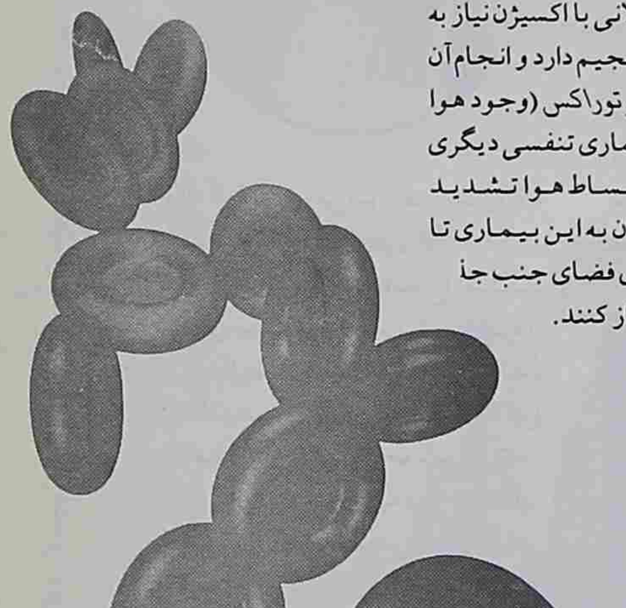


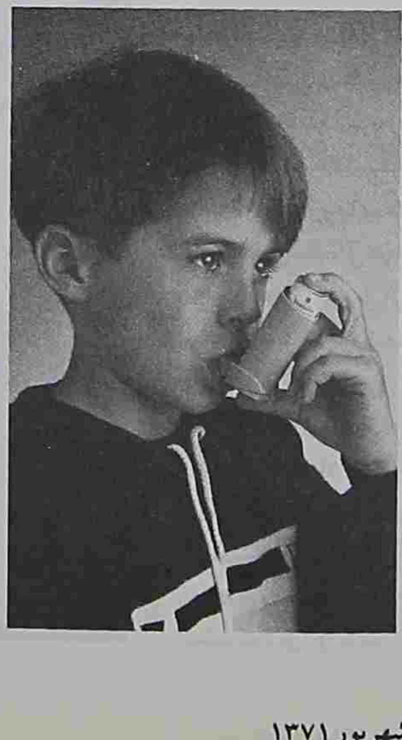
❋ مسافرین نباید بلافاصله پس از غواصی، با هواپیما مسافرت کنند.

ردیاب می گذرند. بیمارانی که دستگاه ضربان‌ساز (Pacemaker) در بدن دارند باید قبل از عبور از این دستگاهها موضوع را به مقامات انتظامی خاطرنشان کنند. زیرا دستگاههای فوق ممکن است بر ضربان‌ساز اثر نامطلوب بگذارند.

اثرات سوء هیپوکسی در مسافرین هواپیما که دچار اختلال عمل قلب و عروق هستند به خوبی شناخته شده است. بیماران دچار نارسایی احتقانی قلب و انفارکتوس قلبی اخیر (۳ تا ۶ هفته قبل از پرواز) نباید با هواپیما سفر کنند. مبتلایان به فشارخون بالای شریان ریوی و فشار خون سیستمیک بالا و شدید که عوارض ایجاد کرده است نیز در طی پرواز دچار مشکلاتی می شوند.

❋ **بیماریهای تنفسی:** اگر ظرفیت حیاتی بیشتر از ۵۰ درصد و فشار اکسیژن شریانی بالاتر از ۵۰ میلی متر جیوه باشد یا فرد بتواند مسافت ۴۵ متر را بدون کمک طی کند، نیازی به تجویز اکسیژن اضافی وجود ندارد. مبتلایان به برونشیت مزمن، آمفیزم، برونشکتازی و قلب ریوی همگی در معرض خطر اثرات نامطلوب هیپوکسی هستند و نیاز به تجویز اکسیژن کمکی دارند. برای تجویز کوتاه مدت اکسیژن می توان از یک دستگاه قابل حمل و نقل یا منبع اصلی هواپیما استفاده کرد. اما باید به خاطر داشت که درمان طولانی با اکسیژن نیاز به وسایل سنگین و حجیم دارد و انجام آن عملی نیست. پنوموتوراکس (وجود هوا در فضای جنب) بیماری تنفسی دیگری است که در اثر انبساط هوا تشدید می شود و مبتلایان به این بیماری تا زمانی که تمام هوای فضای جنب جذ نشده است نباید پرواز کنند.



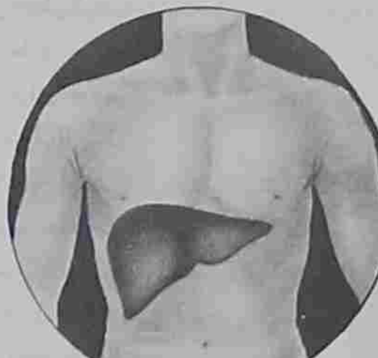


❋ **بیماریهای خونی:** بیماران دچار کم خونی شدید، در اثر هیپوکسی دچار مشکلاتی می شوند و به عنوان یک اصل کلی هرگاه هموگلوبین بیمار کمتر از ۷ گرم در ۱۰۰ میلی لیتر باشد نباید با هواپیما پرواز کنند. مبتلایان به بیماری کم خونی داسی شکل (به خصوص از نوع هموزیگوت) نیز نیاز به توجه ویژه دارند. زیرا یک حملهٔ داسی شدن سلولها ممکن است در اثر هیپوکسی خفیف ایجاد شود.

❋ **بیماریهای گوارشی:** بیمارانی که اخیراً تحت عمل جراحی دستگاه گوارش قرار گرفته اند، در اثر انبساط گاز دچار مشکلاتی می شوند و استرس و کشش بیش از حد بر زخمهای جدار شکم وارد می شود. به عنوان یک اصل کلی، این بیماران تا ۱۰ روز بعد از جراحی نباید پرواز کنند. اما اگر عارضهٔ ایلئوس پارالیتیک (فلج حرکات روده) بعد از جراحی ایجاد شده باشد، این



بیماری که اخیراً تحت جراحی فک و صورت قرار گرفته و آرواره‌اش با سیم مخصوص ثابت شده است نباید با هواپیما سفر کند.

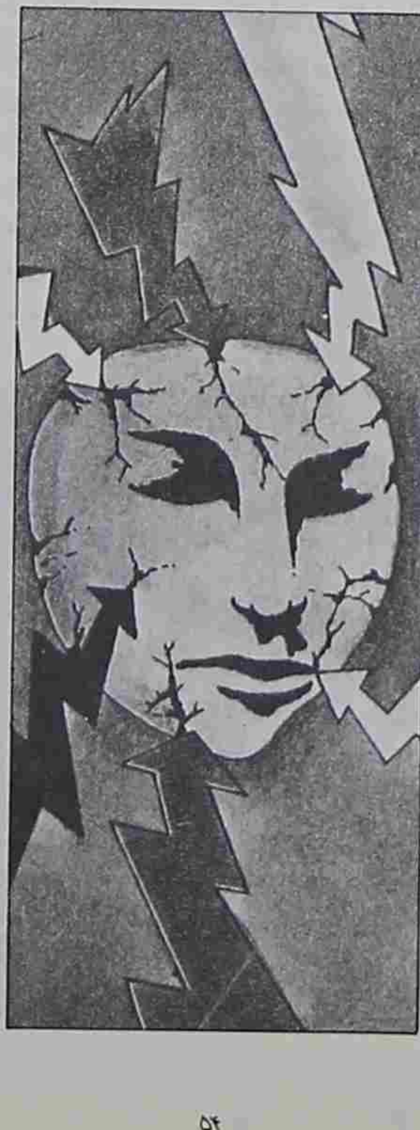


زمان طولانی تر می شود. در بیماری که اخیراً دچار خونریزی از معده یا اثنی عشر شده است، اتساع دستگاه گوارش سبب عود خونریزی می شود و اگر پرواز بیمار بسیار کوتاه مدت نباشد، اکیداً توصیه می شود که انجام آن لااقل به فاصلهٔ ۳ هفته بعد از خونریزی باشد. اتساع گاز همچنین سبب بروز اشکالات نامطلوب و آزاردهنده در بیمارانی که ایلئوستومی و کلستومی دارند می شود و باید به آنان توصیه کرد که کیسه های مخصوص اضافی همراه خود داشته باشند و قبل از پرواز کائولین (Kaolin) یا ترکیبات مشابه مصرف کنند.

❋ بیماریهای عصبی: هیپوکسی اثرات نامطلوبی در بیمارانی دارد که اخیراً دچار سکتهٔ مغزی ناشی از ایجاد لخته یا خونریزی شده‌اند و این بیماران باید پرواز خود را لااقل تا ۳ هفته بعد از بروز سکته به تعویق بیاندازند. علاوه بر این، درجات خفیف هیپوکسی در ارتفاع ۶ هزار پا باعث بروز مشکلاتی در افراد دچار تصلب شرایین مغز می شود و این افراد غالباً دچار گیجی (Confusion) می شوند.

خطر بروز حملات صرع هنگام سفر با هواپیما کمی افزایش می یابد. البته هیپوکسی آستانه بروز حملهٔ تشنج را پایین می آورد اما خستگی، هیجان، و اختلال در مصرف منظم دارو عوامل مهمتری به نظر می رسند. به این بیماران باید توصیه کرد که داروی ضد تشنج خود را در روز پرواز افزایش دهند.

در صورتی که بیمار اخیراً انسفالوگرافی با هوا انجام داده باشد، به خاطر خطر انبساط گاز نباید با هواپیما سفر کند. کسانی که دچار ترومای سر یا تومور مغز هستند مشکل چندانی در پرواز ندارند؛ اما بیش از افراد عادی نیاز به مراقبت دارند.



❋ دیابت قندی: اکثر مبتلایان به دیابت قبل از پرواز نیاز به راهنمایی دارند و اکثر شرکتهای هواپیمایی در صورتی که قبلاً مطلع شده باشند می توانند رژیم مناسب برای بیمار تهیه کنند. با این همه مشکل عمده در تغییر مناطق زمانی است که ممکن است سبب بروز مشکل در زمان تزریق انسولین شود. در صورتی که در طی یک پرواز چندین منطقهٔ زمانی پشت سر گذاشته شود، بهتر است که بیمار ساعت خود را در طی سفر تغییر ندهد و بعد از رسیدن به مقصد ساعت خود را تنظیم کند.

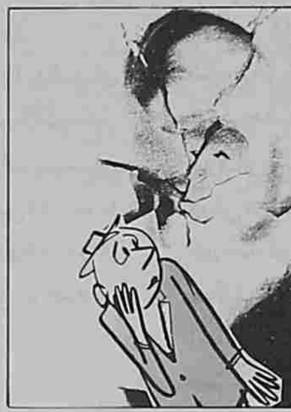
در صورت شدید بودن دیابت بیمار ممکن است لازم باشد که دوزانسولین کریستال (محلول) در طی سفر به ۲ برابر معمول افزایش یابد. البته این بیماران باید قبلاً با پزشک خود و در عین حال گروه پزشکی شرکت هواپیمایی مربوطه مشورتهای لازم را کرده باشند. مبتلایان به دیابت باید انسولین کافی برای مصرف چندین روز همراه خود داشته باشند.

با اینکه بروز بیماری مسافرت امروزه بسیار نادر است در صورت وقوع چنین حالتی بهتر است که مصرف انسولین در طی سفر قطع شود و بعد از رسیدن به مقصد مجدداً تنظیم شود.

❋ بیماریهای گوشی و سینوس: مهمترین مشکل در این زمینه جراحی اخیر گوش میانی است. فضای گوش میانی قبل از پرواز باید خشک بوده و هواگیری آن طبیعی باشد. بیمار بعد از عمل جراحی خارج کردن استخوان رکابی (Stapedectomy) نیاز به توجهٔ ویژه دارد. زیرا ممکن است استخوان مصنوعی در اثر آسیب فشاری (باروتروما) به داخل حلزون (لابیرنت) کشیده شود و باعث ایجاد سرگیجهٔ



❀ تغییر سریع منطقهٔ زمانی بر ریتمهای شبانه‌روزی تأثیر می گذارد و برای تطابق با این ریتمها به‌ازاء هر ساعت تغییر منطقهٔ زمانی به یک روز زمان نیاز است.



شدید شود. بیماری که اخیراً تحت جراحی فک و صورت قرار گرفته و آرواره‌اش با سیم مخصوص ثابت شده است نباید با هواپیما سفر کند زیرا خطر استنشاق مواد استفراغی برای وی وجود دارد و باید قیچی مخصوص سیم را همراه داشته باشد تا در صورت بروز بیماری مسافرت از آن استفاده کند.

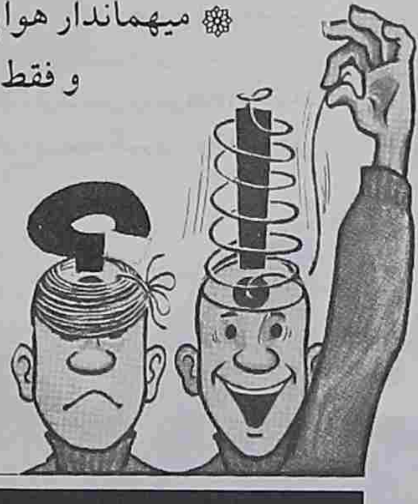
❀ التهاب وریدی (فلبیت): بیماران دارای سابقه ترومبوز (ایجاد لخته) یا واریس وریدهای اندام تحتانی باید از جورابهای فشارنده استفاده کنند و پای خود را در طی پرواز به طور مرتب حرکت دهند.

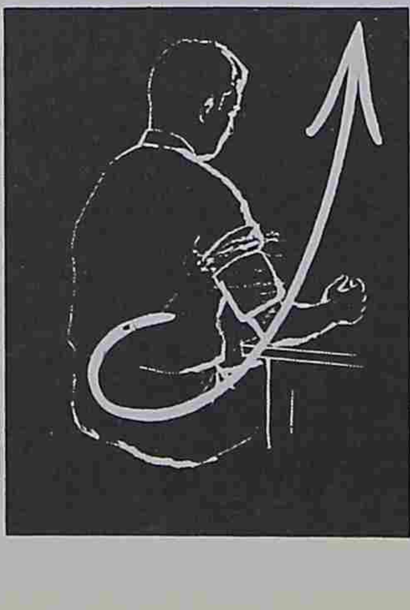
❀ شکستگی ها: پای شکسته را در صورت امکان باید در سطح بالایی نگه داشت و بهتر است گچ اندام به صورت دو کفه‌ای (Bivalved) باشد و تا ۴۸ ساعت بعد از گچ گیری برای اطمینان از خونرسانی کافی به اندام، پرواز را باید به تعویق انداخت. ممکن است طی مسافرت با هواپیما برای مبتلایان به شکستگی جمجمه یا بیمارانی که تحت کشش آزاد (Free Hanging) قرار دارند در اثر تلاطم (توربولانس) مشکلاتی پیش آید.

❀ عوارض ناشی از رطوبت پایین: کاهش رطوبت علائم خفیفی از قبیل تحریک چشم و خشکی پوست ایجاد می کند. افرادی که از لنز تماسی به صورت طولانی استفاده می کنند باید به این نکته توجه کنند و مبتلایان به بیماریهای پوستی که با خشکی تشدید می شود باید از کرم مرطوب کننده استفاده کنند.

بیماری مسافرت (Motion Sickness): برای کنترل علائم این بیماری می توان از اسکوپولامین (Scopolamin) یا داروهای ضد استفراغ جلدی (Transdermal) استفاده کرد.

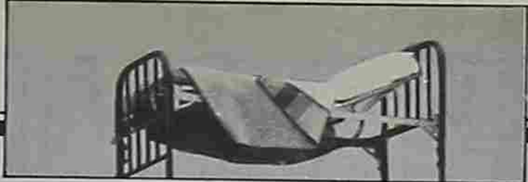
❀ میهماندار هواپیما پرستار نیست و فقط می تواند کمکهای اولیه را ارائه کند.





❀ بیماریهای روانی: بیماران دچار جنون (پسیکوز) و سایر مبتلایان به اختلالات روانی، می توانند در محیط محدود کابین هواپیما برای خود و دیگران خطرساز باشند و باید قبلاً داروهای آرامبخش کافی مصرف کرده، مراقبت دقیق از آنان به عمل آید.

توجه: هر بیماری که داروهای آرامبخش، مسکّن یا خواب‌آور همراه دارد باید مدرکی از پزشک خانوادگی داشته باشد تا متهم به قاچاق دارو نشود.



مدیریت بیمارستانی

یافتن نیروی انسانی مناسب برای اشتغال در بیمارستان، از مهمترین مسائل مطرح در مدیریت بیمارستانی است. امروزه کارشناسان منابع انسانی در بیمارستان ها به منظور تأمین حداکثر منافع و مصالح سازمانی، شیوه هایی را جستجو می کنند که بتوانند تشخیص صلاحیت داوطلبان کار در بیمارستان را میسر سازند.

برخی بیمارستانها برای نیل به این هدف از آزمایشهای روانشناسی (Psychological Testing) و مصاحبه های نظام یافته (Structured Interviewing) را در تصمیمات استخدامی و ترفیعی خود به مورد اجرا می گذارند.

در پیش گرفتن چنین شیوه هایی کمک می کند تا نموداری از مشخصات داوطلب - از قبیل ارزش ها، روحیه، استعداد تصمیمگیری، توانایی حل مشکلات، جهت گیری در کار، اعتقادات، و شخصیت - به دست آید. سپس، نمودار تهیه شده از داوطلب با نمودار دیگری که از قبل تهیه شده و داوطلب ایده آل برای شغل مورد نظر را معرفی می کند، مقایسه می شود.

این فرآیند (که همراه با روشهای سنتّی مبتنی بر تجربه و تحصیلات به کار می رود) به گفتهٔ مدیران، بینش واقع بینانه تری به کارفرما می دهد تا با کمک آن بتواند صلاحیت داوطلب را از لحاظ تأمین نیازهای مشاغل موجود در موسسه ارزیابی کند.

تشخیص ارزشها

سوزان کارچ (Susan Karch) نایب رئیس ادارهٔ خدمات مرکز پزشکی ایروین (Irvine) تأیید می کند با آنکه آزمایش روانشناسی و مصاحبهٔ نظام یافته دو چیز کاملاً متفاوت هستند اما، هر دو شیوه می توانند در تشخیص ارزشها، ترجیحات و اعتقادات داوطلبان مشاغل به کار روند. در مرکز ایروین، از هر دو روش در اتخاذ تصمیم برای انتخاب کارمند در کلیهٔ سطوح استفاده می شود. به گفتهٔ سوزان کارچ، در هر دو شیوه، ابتدا وظایف سازمانی تعریف می شود و سپس این وظایف به خصوصیات شخص مطلوب انتقال می یابد. این گونه روشها به کارفرما امکان می دهد که آنچه را مورد نظر دارد، عینیّت بخشد. وی تایید می کند که در این سیستم، پیوسته باید به فکر اصلاح روشهای مصاحبه و آزمایشهای روانشناسی بود. چرا که





هدف اصلی: شناخت روش مدیریت، مشخصات داوطلب، و دریافت ارزشهای ویژه و نهفته‌ای که در داوطلب وجود دارد، است.

دکتر ملتون نایب رئیس منابع انسانی یک مرکز پزشکی می گوید: «ما تازه متوجه شده‌ایم که نیاز به مدیریت دلسوز و هماهنگ در کل سیستم را هرگز در گذشته مشخص نکرده‌ایم». به گفتهٔ وی

* بیمارستانها، صلاحیت داوطلبان استخدام را از لحاظ «مناسبت سازمانی» مورد بررسی قرار می دهند.
* با ارزیابیهای دقیق باید دریابیم که داوطلبان استخدام در بیمارستان چه فکر می کنند، چگونه عمل می کنند و انگیزهٔ آنها از قبول مسئولیت چیست؟
* آزمایش روانشناسی و مصاحبه نظام یافته دو شیوه‌ای هستند که می توانند ارزشها، ترجیحات و اعتقادات داوطلبان مشاغل بیمارستانی را مشخص می کنند.

بیش از ده تن از مدیران بخشهای مختلف بیمارستان در سه سال اخیر از کار برکنار شده اند ولی علت این برکناری‌ها ارتباطی با صلاحیت آنها نداشته است بلکه مربوط به روش مدیریت ایشان و استعداد اشتراک مساعی آنها بوده است.

ملتون، آماری در رابطه با وسعت استفاده از آزمایش روانشناسی در سایر سیستمهای مدیریت را تهیه و مشخص کرده است که گرچه تعداد کمی از مؤسسات درمانی و بهداشتی بزرگ از آزمایش روانشناسی استفاده می کنند، ولی بسیاری دیگر در حال مطالعه برای به کارگیری این روش هستند.

فنون مصاحبه

بیمارستان عمومی لوتران یک فرآیند مصاحبهٔ نظام یافته برای داوطلبان داخلی (نیروهای موجود در درون سازمان) یا دوطلبان خارجی، در مشاغلی با «حیطهٔ نظارت بیشتر» را تحت بررسی دارد. در این مصاحبه، یک سیستم کامپیوتری تعیین صلاحیت برای تخمین «مشخصات شغل و شخص» در مورد برخی مشاغل برگزیده، به کار گرفته خواهد شد که با همکاری نمایندهٔ مدیریت منابع انسانی و مدیر استخدام و یک گروه کوچک متشکل از زبده کارمندان و سرپرستان طراحی شده است.

سؤال‌های مصاحبهٔ نظام یافته نیز کاملاً مرتبط با مشخصات لازم برای انجام شغل مورد نظر است و به گفتهٔ مقامات بیمارستان، علاوه بر تعیین صلاحیت‌های فنی و ذاتی داوطلب: «سؤالهایی استاندارد را تهیه می کنیم که مستلزم جوابهایی است مرتبط با پنج ارزش معتبر در سیستم اجرایی هر

بیمارستان عمومی: احترام، وفاداری، تشریک مساعی، خلاقیت، و همکاری.»

به گفتهٔ رئیس منابع انسانی بیمارستان لوتران: «ما می خواهیم اطمینان یابیم که افرادی را استخدام می کنیم که صبحها روی دندهٔ چپ از خواب بر نمی خیزند».

این فرایند، همچنین، از برخی شیوه های فاقد ارزش تصمیمگیری برای استخدام در نزد برخی مدیران جلوگیری می کند. رئیس منابع انسانی بیمارستان لوتران هشدار می دهد: «بعضی مدیران هنگام استخدام یک نفر، دانسته یا ندانسته، بر مبنای معیارهای ذاتی تصمیمگیری می کنند». مثلاً مدیر ممکن است با خود فکر کند «از این آدم خوشم می آید، چون شبیه خود من است، پس او را استخدام می کنم».

طبیعی است که این گونه معیارهای استخدامی نمی تواند نیازهای استخدامی سازمان را برآورد چرا که فرایند مصاحبهٔ نظام یافته «یک سلسله پارامترها و نمودارهای مبتنی بر معیارها را به وجود می آورند که راهنمای مدیران در امر استخدام هستند». این فرایند، یک پیش نویس از مشخصات مهارتی و شخصی را که سازمان برای یک شغل معین قائل است در اختیار مدیران استخدام قرار می دهد و به این ترتیب بخش اعظم ذات گرایی در تصمیمات استخدامی را از میان می برد و تاکید می شود که: «این یک فرایند گرچه بسیار وقت گیر و پرهزینه است اما نتایج آن نیز بسیار با ارزش خواهد بود».

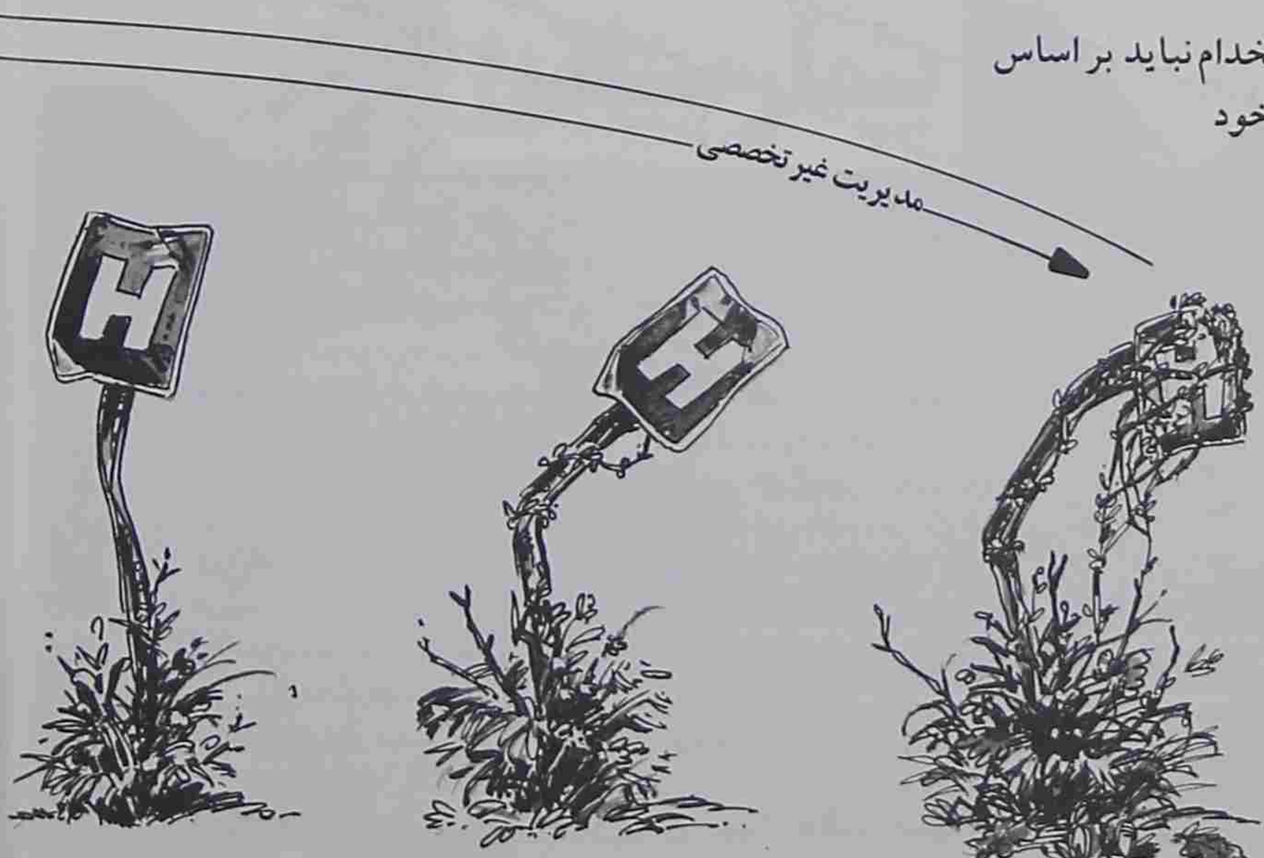
ایروین کارج، که در بیمارستان او هر دو شیوهٔ آزمایش و مصاحبه به کار بسته

*** آزمایش روانشناسی کوششی برای کسب اطلاعات درباره قلمروهایی در نهاد افراد متقاضی است.**

*** با آزمایش روانشناسی و مصاحبهٔ نظام یافته می توان ارزشهای ویژه و نهفتهٔ داوطلب استخدام را شناخت.**

*** احترام، وفاداری، تشریک مساعی، خلاقیت و همکاری ارزشهای معتبر در سیستم اجرایی هر بیمارستان عمومی است.**

*** مدیر هنگام استخدام نباید بر اساس معیارهای ذاتی خود تصمیمگیری کند.**



می شود، معتقد است که این روش ها سبب تقویت فرهنگ سازمانی بیمارستان با تأمین کارکنانی که خود را در ارزشهای اصلی سازمان شریک می دانند شده است. او می گوید: «با این گونه ارزیابیها، ما در می یابیم که داوطلبان بالقوهٔ استخدام چه فکر می کنند، چگونه عمل می کنند و انگیزهٔ آنها از قبول مسئولیت در بیمارستان چیست».

ایروین کارج تایید می کند که زحمات آنها نتیجه بخش بوده است و کارکنان به استخدام درآمده اظهار داشته اند: «من هر گز در موسسه‌ای چون اینجا کار نکرده‌ام که کارکنانش این اندازه وحدت عمل داشته باشند و هر کس همان اهدافی را داشته باشد که دیگری دارد.» و هر کس - از بیماران گرفته تا پزشک - که وارد بیمارستان می شود، این وضع و این تفاوت را احساس کند.

روشهای قرون وسطایی

اهل فن عقیده دارند که با روشهای گزینش کارکنان در اکثر بیمارستانها، نمی توان ارزشهای واقعی داوطلبان استخدام را به آسانی تشخیص داد.

به اعتقاد ملتون: «وضع استخدام در بیشتر بیمارستانها تقریباً قرون وسطایی است.» در حال حاضر اکثر بیمارستانها هنگام استخدام نیروهای جدید، بر مصاحبه ها و بررسی های حساب نشده‌ای متکی هستند که هیچ کدام اطلاعات معتبری در مورد صلاحیتهای داوطلب یا احتمال توافق آنها با فرهنگ سازمانی بیمارستان را در آینده به دست نمی دهد.

یکی از علل خودداری بیمارستانها از به کارگیری آزمایش های روانشناسی و مصاحبه های نظام یافته در تصمیمات استخدامی، این است که پرسشهای کاملاً جدی در زمینهٔ مسائل اخلاقی و عملی مطرح می شود.

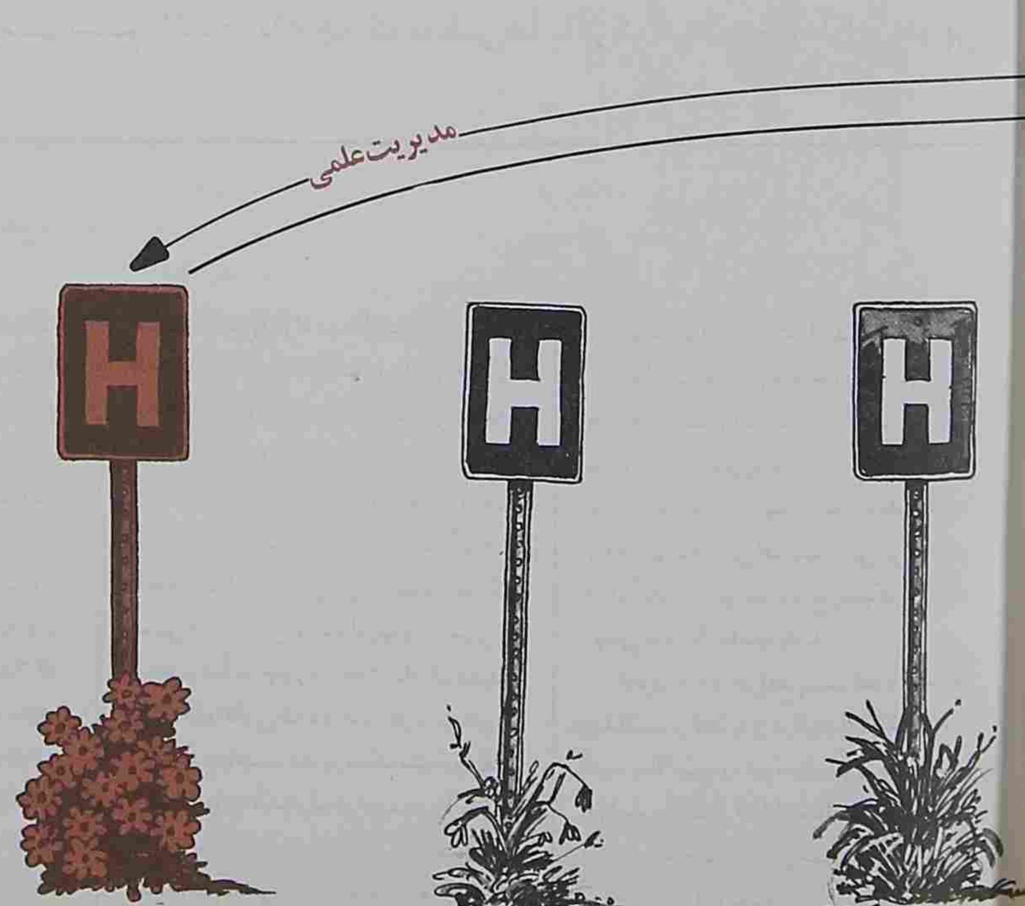
به گفتهٔ جرج سوئینزی: «آزمایش روانشناسی کوششی است برای کسب اطلاعات دربارهٔ قلمروهایی در نهاد افراد متقاضی که به طریق دیگر میسر نیست».

سوئینزی یادآور می شود که این شیوه در تعیین کار آموزش مناسب و نیز ترفیع یک کارمند مفید است. چنین آزمایشهایی وسایلی واقعی برای ساختن و شکل دادن و قالب گیری یک کارمند، ظرف دو یا سه سال است.

به کار بستن شیوه های آزمایش و مصاحبهٔ نظام یافته، همچنین سبب پیدایش پرسشهای اساسی در رابطه با عدل و انصاف می شود. مالت بای می پرسد: «سؤال این است که نتایج به دست آمده را شما چگونه به کار می برید؟ آیا این یکی از صد عاملی خواهد بود که در تشخیص اعطای موقعیت به یک فرد در نظر خواهید گرفت و یا آنکه نام یک شخص برای احراز یک شغل معین، به دلیل آنکه آزمایش می گوید شخصیت او مطلوب نیست، حذف می شود؟ به نظر می رسد این یک مسئلهٔ اساسی در رعایت انصاف باشد که هر کسی از یک امکان مشروع برای دستیابی به شغل مورد درخواست خود بهره‌مند باشد.

علاوه بر این، استفاده از آزمایش روانشناسی ممکن است برخی داوطلبان ذیصلاح یا برجسته‌ای را که اصولاً از این گونه آزمایش ها خوششان نمی آید، مخصوصاً رد کند.

مدیران بیمارستانی، چه این کار را انجام دهند و چه انجام ندهند، مورد سرزنش و ایراد قرار می گیرند. اگر آزمایش روانشناسی و شخص شناسی فاقد آثار شناخته شده را به کار ببرند، شماتت می شوند و اگر به کار نگیرند، احتمالاً فردی را استخدام خواهند کرد که بر هم زنندهٔ نظام سازمانی باشد. و به این ترتیب نمی دانند چه باید بکنند.»



طب زیبایی

ان الله جمیل و یحب الجمال

خدا زیباست و زیبایی را دوست دارد

طب زیبایی در خدمت بهداشت سلامتی طول عمر و آرامش روحی

* انسان، به‌طور ذاتی طالب عمر طولانی است و در عین حال می خواهد همواره جوان نشان دهد و ظاهری سالم و مقبول داشته باشد.

---

* کسانی که مسُن تر از سن واقعی خود نشان می دهند، به لحاظ روحی و روانی هم پیرترند.

---

* زیبایی طبیعی و پوست سالم داشتن، با آنچه که بعضی ها با بَزَک کردن و خودآرایی در پی آنند کاملاً فرق دارد.

دکتر زهرا حاج عباسی - متخصص بیماریهای پوست و مو

طب زیبایی، تخصصی است در پزشکی که به ویژه در دهسال اخیر به سرعت پیشرفت کرده و خصوصاً در کشورهایی که تأثیر ظاهر افراد را در روابط انسانی و اجتماعی پذیرفته‌اند، جایگاهی ممتاز یافته است.

وجود یک نقص در صورت ـ خواه به دلیل ژنتیکی باشد و یا در پی یک بیماری و حادثه ایجاد شود ـ برای فرد مبتلا که می خواهد از مواهب زندگی لذت ببرد، پیامدهای روانی سختی دارد و کمترین صدمهٔ ناشی از رنج روحی آن «فقدان اعتماد به‌نفس» و «عدم احترام به خود» است.

در بروز چنین حالاتی، اگر ضعف شخصیتی افراد مبتلا به یک نقص ظاهری ـ ولو بی اهمیت را عاملی اصلی محسوب بداریم، متأسفانه تقصیر جامعه نیز در برخورد با چنین افرادی کم نیست. زیرا، مثلاً اگر کسی بیماری قلبی داشته باشد، چه بسا که همدردی دیگران و عطوفت آنها را برمی انگیزد. اما اگر همین فرد، نوعی از بیماریهای پوستی را ـ خصوصاً در چهره ـ داشته باشد، کثیف و اکراه‌آور تلقی شده و حتی طرد می شود!

اینجاست که پزشک متخصص زیبایی باید مسئولیت خود در رابطهٔ با نتایج ناگوار پسیکولوژیک و عوارض اجتماعی ناشی از یک ظاهر به هم ریخته را بپذیرد و برخوردی جدی و مسئولانه با این گونه بیماران داشته باشد.

عارضه‌هایی همچون ریزش مو، کک‌مک صورت، یا بروز چند جوش بر گونه و پیشانی، به دلیل آنکه سلامت و موجودیت فرد را تهدید نمی کند، اغلب از نظر پزشکی بی اهمیت تلقی می شود و حال آنکه می تواند نتایج پسیکولوژیک مهمی به دنبال داشته باشد.

امروزه، در جوامع پیشرفته که سطح بهداشت و تغذیه و مراقبتهای پزشکی در آنها بالاست، متوسط طول عمر نیز افزایش یافته و تعداد سالمندان بیش از پیش به چشم می خورد. این گروه روبه‌ازدیاد از زنان و مردان سالمند، هر چند از «پوست پیر» در معرض خطر و

مرگ نیستند اما به طور کاملاً طبیعی از داشتن یک پوست آویزان، شُل، چروکدار، و پر از لک ناراحت (و در مواردی شرمسار) اند. اساساً این در خصلت و ذات انسان است که طالب زندگی طولانی است و در عین حال می خواهد همواره جوان نشان دهد و ظاهری سالم و مقبول داشته باشد.

پزشکان متخصص طب زیبایی می توانند کیفیت زندگی افراد مسن را به مقدار زیاد تغییر دهند و بهبودی بخشند. زیرا، آشکار است کسانی که مسن تر از سن شان نشان می دهند، به لحاظ روانی هم پیرترند. جوانی و سلامتی اغلب در کنار یکدیگرند و طراوت و شادابی از ویژگیهای جوانی است.

همین جا باید به صراحت تاکید کرد که زیبایی طبیعی و پوست سالم داشتن با آنچه که بعضی ها با بَزَک کردن و خودآرایی در پی آنند کاملاً فرق دارد. طب زیبایی سلامت پوست را تضمین می کند و نتیجهٔ آن برخورداری از یک پوست بدون مسئله (جوش، لک، چروک، و دیگر ضایعات بد خیم) است. به عبارتی دیگر: طب زیبایی یک برخورد علمی و منطقی با مسئله دارد. البته، آنچه که به عنوان کرم های زیبایی و تقویت کننده و امثالهم - به ویژه در کشورهای پیشرفته - در داروخانه ها دیده می شود، محصول کوششهای پیگیر لابراتوارهای داروسازی و انجام تحقیقات وسیع بر روی سلولهای پوست است و این امر به پشتوانهٔ دانش کافی در رشته های متنوعی چون بیولوژی، فیزیولوژی، و داروسازی صورت می گیرد. بنابراین، آنچه به صلاحدید پزشک متخصص طب زیبایی به مراجعه کنندگان توصیه می شود، عملا مشابه تجویزی است که دیگر پزشکان برای بیماران خود دارند.

غم پیر شدن

دانش بشر در رشته های مختلف، بیشتر در جهت تأمین سلامت انسانهاست. طب، شاخه‌ای حساس از علم است که توجهٔ خود را معطوف هر چه طولانی تر کردن عمر انسان، با ظاهری مطلوب (و حداقل نه خیلی زشت) می کند. در قرنها و هزاره هایی که بر بشر سپری شده، غم «پیر شدن» و «فرتوت شدن» همواره با او و گریبانگیر او بوده است.



پیر شدن چیزی نیست جز از دست رفتن قدرت و نشاط و طراوت. در این رابطه، دو نوع برخورد با مسئلهٔ پیری وجود دارد:

- تن در دادن و پذیرفتن واقعیت پیری، و بنابراین هیچ اقدامی نکردن و به تدریج پیر و پیرتر شدن.

این شیوه‌ای است کاملاً مقبول و مورد اجرا از سوی اغلب مردم.

- به مقابله با پیری برخاستن و در این راه، اقسام تدبیرها را به کار بستن.

بر آنیم که «برخورد از نوع دوم!» را بیشتر بررسی کنیم:

در جستجوی یافتن راه حل - و گاه اکسیر! - برای مقابله با پیری، شیوه ها مختلف است. بعضی مجذوب تبلیغات مستقیم و غیر مستقیم برای فراورده های تجاری می شوند و با صرف وقت و هزینهٔ بسیار، خود را سرگرم راههای به اصطلاح معجزه آسا می کنند!

لیکن، هستند کسانی که مشورت با پزشک عمومی یا پزشک متخصص را بر می گزینند و این نشانهٔ درایت آنهاست.

در صورت گزینش این شیوه، پاسخ پزشک باید قاطع و روشن باشد. آیا پزشک می تواند یک درمان بدون ریسک با نتایج مهم و دیرپا را پیشنهاد کند!

نکته این است که «ریسک» در طب زیبایی می باید با اهمیت تلقی شود. زیرا، کسی که در مورد مسئلهٔ زیبایی با پزشک مشورت می کند، معمولاً از سلامت کافی برخوردار است. در نتیجه، درمان طبی که پیشنهاد می شود نباید یک ضایعه پاتولوژیک (Patology) ایجاد کند.

در جهان امروز، طب زیبایی یک ضرورت اجتماعی است و به همین دلیل باید از سوی پزشک عمومی به اندازهٔ یک طب تخصصی ارج گذاشته شده و به مراجعه کنندگان توصیه شود. زیرا بیمارانی که به پزشکان عمومی مراجعه می کنند، اغلب می پرسند چگونه می توان یک ظاهر قابل قبول - از نقطه نظر زیبایی - را به مدتی طولانی تر حفظ کرد و یا به کمک درمان موفق شد یک نقص استتیک (Esthetique) را بر طرف کرد؟

پاسخگویی به این گونه پرسشها، بر عهدهٔ پزشک متخصص طب زیبایی است.

اهمیت طب زیبایی، امروزه تا بدانجاست که انجمنها و جامعه‌های طب زیبایی در بسیاری از کشورها بنیانگذاری شده و نه تنها اعضای این قبیل مجتمع ها پیوسته در حال افزایش است، بلکه انتشار مجلات مربوط به طب زیبایی و برگزاری کنگره های مختلف در این زمینه ها نیز اهمیت موضوع را هر چه بیشتر تبیین می کند. این چنین است که طب زیبایی عاقبت تبدیل به یک رشتهٔ ضروری شده و باید گفت در کمتر رشته‌ای از علوم پزشکی است که چنین رضایت خاطری از نتایج کار و عملکردها حاصل باشد. چرا که هدف طب زیبایی کمک به مردم

* «طب زیبایی» یک برخورد منطقی و علمی با پوست دارد و این جدا از بَزَک کردن و «زیبایی بخشی های کاذب» است.

* توصیه‌های «طب زیبایی» به افراد، بر پایهٔ دستورهای بهداشتی و اصول علمی است و این تخصص هرگز مدعی ارائهٔ اکسیر جوانی یا در پیش گرفتن شیوه‌های تبلیغاتی گمراه کننده و معجزه گرانه نیست.

است تا نسبت به خود احساس بهتری داشته باشند... جوانتر به نظر آیند... و تشویق به انجام و ادامهٔ زندگی بهتری شوند. به یقین طب زیبایی آینده‌ای بس درخشان فراروی خود دارد.

مشارکت تخصص‌ها

جامعهٔ طب زیبایی، برای نخستین بار در سال ۱۹۷۳ در فرانسه بنیان گذاشته شد. این جامعه، شکل گرفته از مشارکت همهٔ تخصص‌هایی است که به طور مستقیم یا غیر مستقیم در علوم پزشکی فعالیت دارند و نتیجهٔ نهایی تلاش آنها «زیبایی» است؛ تخصص‌هایی نظیر: پوست، جراحی پلاستیک، فلبولوژی (PHELEBOLOGY)، تغذیه، غدد، مطالعهٔ مواظبتهای مخصوص پوست توسط کرم‌ها و پاک کننده‌ها (Cosmetology)، فارماکولوژی (Pharmacology)، آناتومو-پاتولوژی (ANATOMO - PATHOLOGY)، فیزیولوژی (Physiology)، و...

چنین جامعیتی، نه از سر اتفاق بلکه به دلایل کاملاً منطقی و علمی است. زیرا، رسیدن به بهترین نتایج در طب زیبایی، با ادغام چندین نوع درمان در تخصص‌های مختلف به دست می‌آید.

جامعهٔ طب زیبایی فرانسه، سالانه دو گردهمایی بزرگ دارد: یکی کنگرهٔ ناسیونال است که در سه روز آخر ماه سپتامبر در پاریس برگزار می‌شود و دیگری، در فرصتی مناسب، در یکی از شهرهای کنار مدیترانه. همچنین، این جامعه یک «مجلهٔ پزشکی تخصصی» نیز دارد که از سال ۱۹۷۳ به این سو به طور منظم منتشر شده است.

اما، در ایران، می بایستی با پیشرفتهای حاصل شده در دیگر کشورها، طب زیبایی نیز در مسیرِ کاملاً تخصصی و فراخور شأن علمی خود گسترش یابد. در این رهگذر، آنچه می‌تواند به شخصیت و اعتبار علمی طب زیبایی لطمه بزند، همانا برداشتهای غلط از مفهوم زیبایی و ارتباط دادن آن با آرایش و بزک است.

با قاطعیت باید اعلام کرد که تبلیغات گمراه کننده و بیراهه‌ای به اسم بزک و آرایش نه تنها هیچ ارتباطی با طب زیبایی ندارد بلکه هرگونه نزدیکی آن به این حریم علمی توهینی است به «طب زیبایی».

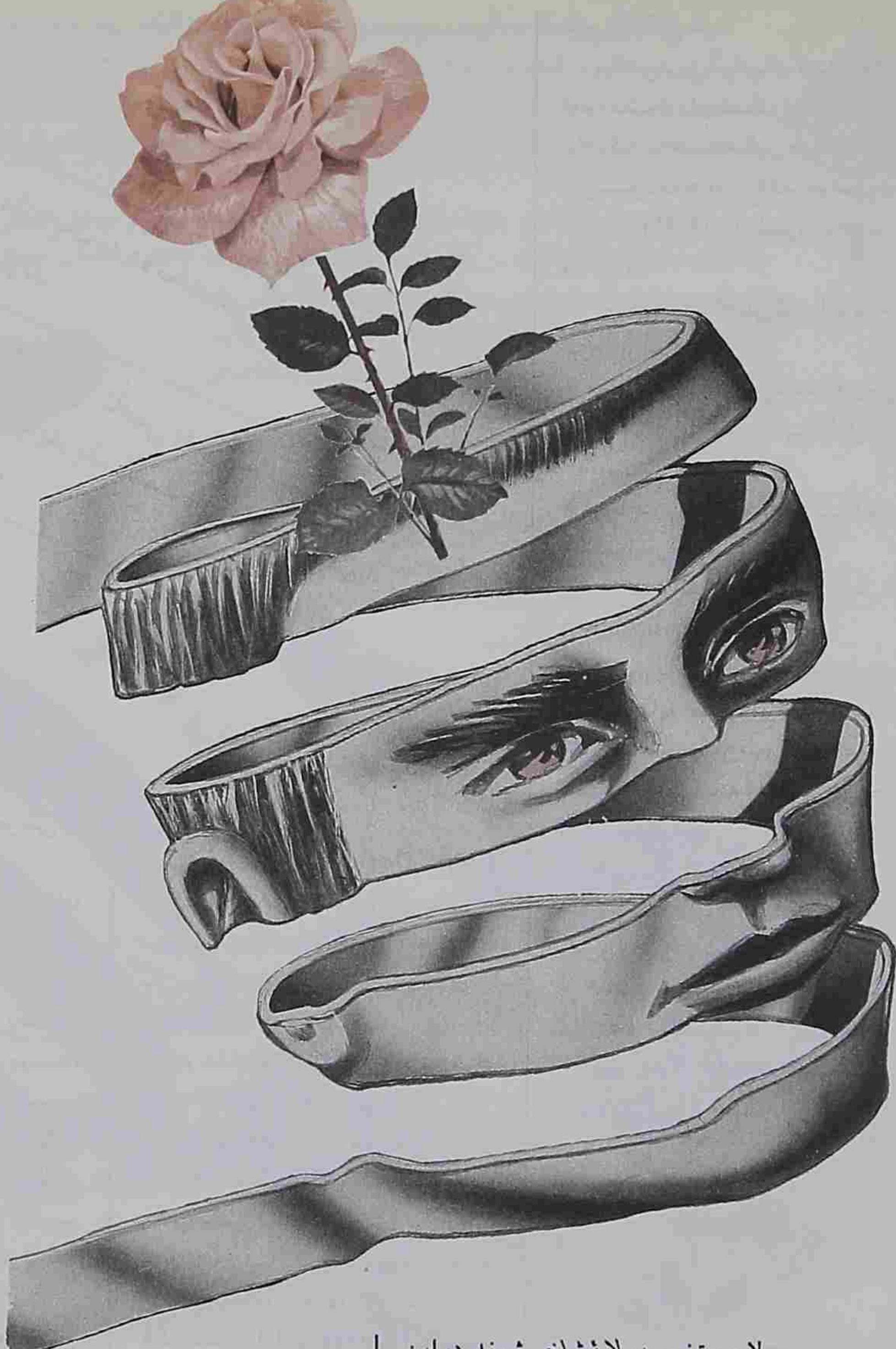
مقدمهٔ فوق، و ادامهٔ مطلب - در زمینهٔ پوست و شناخت و بهداشت و نگهداری آن - حرکتی است به انگیزهٔ اشاعهٔ دانش و اطلاعات مربوط به طب زیبایی و معرفی اهداف والای آن.

پوست صورت

پوست طبیعی انسان، در سنین ۱۰ تا ۱۲ سالگی و آنگاه در سالهای ۱۷ تا ۱۹ سالگی رشد می‌کند و ویژگی بلوغ را به خود می‌گیرد. در این دو دوره، خصوصاً دورهٔ دوم (که یک تغییر و تحول واقعی، به ویژه در دخترها پدید می‌آید) به ندرت امکان دارد که پوست در وضعیت نرمال باقی بماند.

به طور معمول، مشاهده می‌شود که قسمت میانی صورت چربتر از دیگر قسمتهای صورت است و حتی، گاه فرم خیلی چرب (Seborrheiave) به خود می‌گیرد. در چنین حالتی، دانه‌های سیاه (Comedons) بر سطح پوست ظاهر شده و در وضعیتهای شدیدتر، این عارضه تبدیل به آکنه (Acne) می‌شود!

باید به خاطر داشت که مراقبتهای بهداشتی نامناسب می‌توانند منجر به از دست دادن مقدار زیادی چربی سطحی، و



لاجرم تغییر در لایهٔ شاخی شوند. در این حال، فلور میکروبی نرمال پوست (فنومن انترفرانس میکروبی) از نظر کمی و کیفی دستخوش تغییر می شود. عملکرد ضد میکروبی اسیدهای چرب آزاد (سبوم Sebum) به خوبی اثبات شده است و بنابراین، برداشته شدن اسیدهای چرب آزاد سطح پوست، مقاومت پوست را در برابر استافیلوکوک طلایی، استرپتوکوک پیوژن، و کاندیدا آلبیکانس کاهش می دهد.

می بایستی فلور میکروبی نرمال پوست را حفظ کرد، زیرا که نقش تدافعی را در مقابل سایر میکروبهای پاتوژن بازی می کند.

بهداشت پوست نرمال

در تأمین بهداشت پوست، به طور معمول سه نوع مواد پاک کننده مورد استفاده قرار می گیرند:

۱ - صابون‌ها
۲ - پَن ها (Pain Dermatologique)
۳ - شیرپاک کن ها

صابون ها به طور عمده از Palmitate Lavrate و Oleate de Soude تشکیل شده‌اند که تالک و Dioyde de Titane و یک مادهٔ خوشبو کننده (عطر) به آنها افزوده می شود. گاهی، یک آنتی اکسیدان (ANTI-OXYDANT) و یک آنتی سپتیک (Anti - Septique) نیز اضافه می شود.

نکتهٔ اساسی که باید به خاطر داشت اینکه صابون ها از، آلکالن (Alcalins) ها هستند و تانسیداکتیو آنها Anionique است.

اثرات مفید صابون ها

اثرات مفید صابون و خواص آنها را به طور خلاصه می توان چنین گفت: صابون ها از جمله مواد خیس شوندهٔ خوب هستند... تماس ملکول آنها با پوست عالی است... امولسیون های خوبی هستند که قادرند هنگام آبکشی پوست، مواد ناخالص جامد و مایع را از سطح پوست بزدایند... قدرت کف کنندگی صابون ها بسیار زیاد است و همین امر موجب رضایت مصرف کننده می شود... و قدرت پلشت بری (آنتی سپتیک Antiseptique) آنها حتمی است.

اثرات زیانبار صابون ها

اثرات زیانبار صابون ها در ارتباط با میزان قلیایی بودن آنهاست.

در تماس با آب، صابونها هیدرولیز می شوند، PH آن به ۱۰-۹ می رسد که قلیایی تر از اسیدهای چرب است. این اندازهٔ قلیایی بودن، از قدرت تامپون (Tampon) پوست تجاوز می کند.

قدرت تامپون پوست در بعضی ها سریع و در برخی افراد کند است. با تغییر قدرت تامپون پوست توسط صابون، PH نرمال پوست نیز که به طور معمول ۵/۲

* در طب زیبایی، نزدیک به ده تخصص عالی علوم پزشکی مشارکت کامل دارند.

* پاک کننده هایی را که در تأمین بهداشت پوست مورد استفاده قرار می گیرند باید بشناسید و فواید و زیانهای هر یک از آنها را بدانید.

است، تغییر می کند و فنومن تحریکی در پوست به وجود می آید.

بنابراین، واضح است که استفادهٔ زیاد از صابون ها ـ مخصوصاً در مورد پوستهای شکننده یا در حال خشک شدن ـ می تواند موجب بروز یک تحریک اولیهٔ پوستی شود. در چنین مواردی پوست، سطحی براق و صاف پیدا می کند و ترک هایی در یک زمینهٔ اریتماتو (Erythemateux = قرمز) به وجود می آید و به طور سوبژکتیو (Subjective)، فرد از سوزش در ناحیهٔ مبتلا شکایت دارد.

احتمال آلرژی پیدا کردن به یکی از مواد تشکیل دهندهٔ صابون نادر است. ولی فوتوآلرژی (PHOTOALLERGY) نسبت به مواد پلشت بر (ضد عفونی کننده = آنتی سپتیک Antiseptique) یا عطر موجود در صابون شایعتر است.

به طور کلی، بهتر است از صابون های سفید، چرب (Surgras)، و بدون عطر استفاده شود ولی برای صورت خانمها، استفاده از یک شیر پاک کن ترجیح دارد.

پن ها
Pains Dermatologiques

این مواد، در اصل صابون نیستند و از مواد تانسیو ـ اکتیو (Tensio Activ)، مثل سولفات مونو گلیسیرید و یا سولفات اتر گلیسیریک به دست می آیند.

در مقایسه با صابون ها، این مواد خصوصیات زیر را دارند:

* توسط آب هیدرولیز نمی شوند و در نتیجه، نمکهای قلیایی و منیزیومی غیر محلول تولید نمی کنند.
* در تماس با آب، PH آنها نزدیک به PH پوست (۶/۵ـ۷/۱) است.
* در بعضی از آنها (Pains) با اضافه کردن مقدار کمی از اسید لاکتیک یا اسید تارتریک، این PH را به ۵ یا حتی ۴ می رسانند.
* قدرت پاک کنندگی این مواد خوب و قدرت ضد میکروبی آنها رضایت بخش است و از آنجا که تولید آنها مشکلتر از صابون است، در نتیجه قیمت آنها نیز از صابون ها بیشتر است.

زمانی که علایم تحریک پوستی توسط صابون در فردی مشاهده شود، استفاده از Pain ترجیح دارد.

شیر پاک کن ها

واقعی ترین مواد پاک کننده به شکل امولسیون با ویسکوزیتهٔ کم، شیر پاک کن ها هستند. این مواد، مثل همهٔ امولسیون ها بر دو نوع اند: امولسیون آب در روغن (E/H) و امولسیون روغن در آب (H/E).

خصوصیات اصلی شیر پاک کن ها به شرح زیر است:

* مواد چربی را حل می کنند و فاز چربی آنها از حلال چرب غیر قابل نفوذ درست شده است.
* همچنین حلال کثیف کننده های محلول در آب هستند.

ـ تانسیواکتیوهای آنها سبک هستند (Tensioactivs).

ـ شیر پاک کن های مناسب پوست خانمها باید صبح ها و شب ها استفاده شود. برای صورت و گردن و برای پلک ها، پاک کنندهٔ مخصوص وجود دارد. بعد از شیر پاک کن، باید پوست آبکشی کافی شود. برای این کار از آب خالص بدون املاح سنگین و یا یک لوسیون تونیک مناسب هر پوست استفاده می شود. بهتر است از تونیکهای بدون الکل استفاده شود.

شیر پاک کن ها سه نوع هستند، برای پوستهای: نرمال ـ خشک ـ چرب.



اجتماعی

سپاسگزاری از پزشک معالج، رسم پسندیده‌ای است حاکی از آنکه بیمار شفا یافته‌ای، رسم ادب و امتنان به‌جای می‌آورد تا سپاسگوی زحمات و مراقبتهای پزشک معالج خود باشد.

همین سنت انسانی و زیبا، اگر پیوسته و به تکرار، به‌صورت جمله‌ها و عبارات کلیشه‌ای و قراردادی در کنار دیگر آگهی‌ها و تبلیغات مطبوعاتی ظاهر شود، به یقین گاهی موجب رنجیدگی خاطر پزشکان پایبند به شئونات حرفه‌ای و گریزان از تبلیغات خواهد شد.

برآنیم که به شیوه‌ای نو، حق‌شناس زحمتها و ابراز قدرت علمی و مهارت عملی پزشکان گرامی‌مان ـ به‌ویژه آنهایی که عملهای خارق‌العاده‌ای انجام می‌دهند ـ باشیم؛ متخصصینی که به حق از ذخایر علمی و پشتوانهٔ پزشکی کشور ما هستند و هر تشخیص و یا یک عمل جراحی آنها نه تنها شفابخش یک هموطن دردمند و بیمار است، بلکه از دیدگاه اقتصادی نیز حرکتی است در ممانعت از خروج ارزهای کلان (بابت عمل جراحی بیماران در خارج از کشور).

برفراز توجه به این نکته‌هاست که مجلهٔ پزشکی و جامعه، بخشی تحت عنوان «سپاس دکتر» می‌گشاید و از بیمارانی که یک دورهٔ بیماری یا عمل جراحی مشکل را به سلامت پشت سر نهاده‌اند، می‌خواهد: گزارشگر و عکاس مجله ما را برای برگزاری یک مصاحبه با پزشک مورد نظر راهنمایی کنند. تکمیل و ارسال جدول زیر از سوی شما، مبنای این سپاس است.



نام و نام خانوادگی پزشک:
نوع تخصص:
نوع بیماری:
تاریخ عمل یا پایان دورهٔ معالجه:

نام شهر و بیمارستان:
نام و آدرس کامل بیمار:

امضاء

خبر

سمینار فصلی انستیتو جراحی جمجمه و فک و صورت ایران

روز پنج شنبه ۲۵ تیرماه ۷۱، جلسهٔ فصلی انستیتو جراحی جمجمه و فک و صورت ایران در بیمارستان خاتم‌الانبیاء برگزار شد. موضوع این جلسهٔ فصلی، تومورهای بدخیم سر و صورت (شامل بازال سل کارسینوما و اسکواموس سل کارسینوما) در یک پانل گفت‌وشنود بود.

پانلیست ها از تخصصهای مختلف ۱۷ گانه انستیتو و مدعوین اکثراً متخصصین جراحی پلاستیک، فک و دهان و صورت، پوست، گوش و حلق و بینی، پاتولوژیست، متخصص سرطان، و مددکار اجتماعی بودند.

* * *

فرصتی بود تا در گفت‌وشنودی با دبیر انستیتو، از چگونگی فعالیتهای CMF مطلع شویم:

مجلهٔ پزشکی و جامعه: لطفاً دربارهٔ فعالیتهای انستیتو جراحی جمجمه و فک و صورت اطلاعاتی در اختیار خوانندگان مجله قرار دهید.

دبیر انستیتو: فعالیتهای انستیتو به سه بخش تقسیم می‌شود:

۱ - جلسات ماهانهٔ انستیتو، که C M F نامیده شده، و هر ماه تشکیل می‌شود، مخصوص بیماران صعب‌العلاج است. هدف اصلی از این جلسات، جلوگیری از انتقال بیماران به خارج از کشور است که ارزشها و آثار خاص خود را دارد.

۲ - سمینار فصلی یک روزهٔ انستیتو، که جلسهٔ امروز مربوط به دومین سمینار سال ۱۳۷۱ است. نخستین سمینار در مورد شکاف کام و نحوهٔ درمان و عوارض آن بود. این سمینار از طرف ریاست محترم دایرهٔ ارزشیابی سمینارهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مفید تشخیص داده شده و برای شرکت کنندگان در آن ۶ امتیاز در بر دارد.

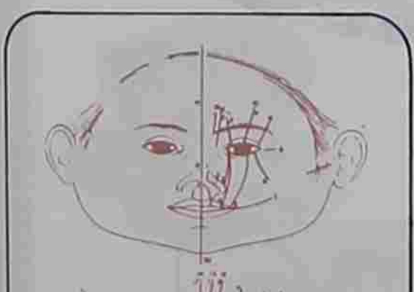
۳ - سمپوزیوم سالیانهٔ انستیتو که ۴ یا ۵ روز طول می‌کشد و طی آن سخنرانان ایرانی و خارجی به بررسی دربارهٔ جدیدترین رویدادهای مربوط به جراحیهای جمجمه و فک و صورت می‌پردازند.

پزشکی و جامعه: پذیرش و درمان بیماران در انستیتو و سمپوزیومها به چه ترتیب است؟

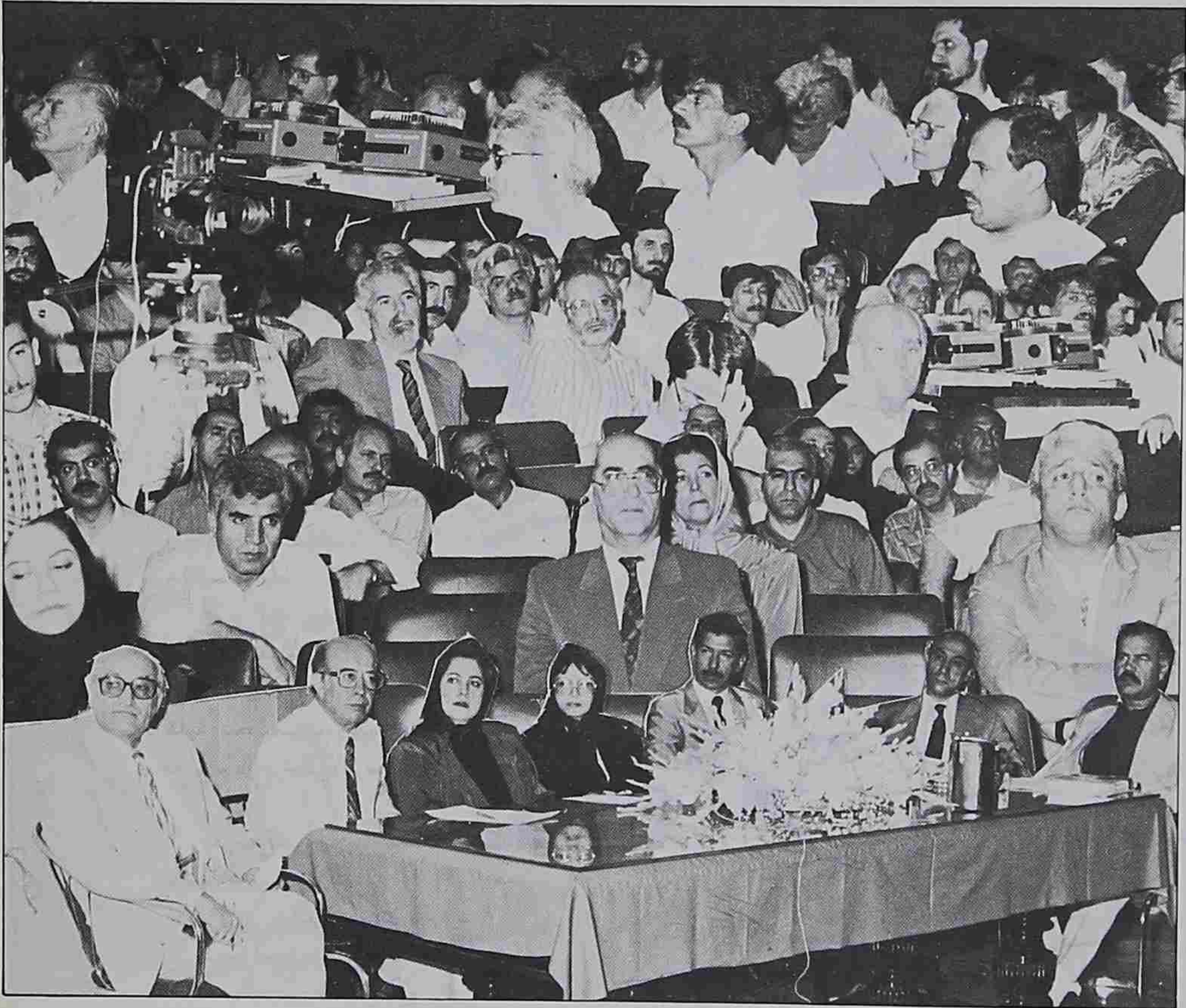
دبیر انستیتو: ابتدا لازم است دربارهٔ تأسیس انستیتو جراحیهای جمجمه و فک و صورت در ایران توضیح دهم که این انستیتو در مرداد ماه سال ۱۳۶۷ در راستای درمان ضایعات ترمیمی و کرانیوماکسیلوفاسیال مجروحین جنگ تحمیلی، بیماریهای مادرزادی، تصادفات ناشی از کار، سوختگیهای قدیمی تأسیس شد و در ۱۷ رشته به فعالیت پرداخت. سیستم پذیرش بیماران در این انستیتو به شرح زیر است:

به طور معمول، بیماران صعب‌العلاج از اقصی نقاط کشور و با معرفی متخصصین به این مرکز فرستاده می‌شوند. پس از ورود بیماران و تشکیل پرونده، نخست توسط تیم متخصص همان رشته پذیرش شده و شرح حال کامل بیمار تهیه و آمادهٔ معرفی به C . M . F. می‌شود. کلیهٔ نیازهای رادیولوژی، CT و غیره، قبل از معرفی

۱ - جراح پلاستیک و فک و صورت
۲ - جراح مغز و اعصاب
۳ - متخصص چشم
۴ - متخصص گوش و حلق و بینی
۵ - جراح دهان و فک و صورت
۶ - متخصص بیهوشی
۷ - متخصص ارتودونسی
۸ - دندانپزشک
۹ - متخصص پروتزهای فک و صورت
۱۰ - متخصص تکلم درمانی
۱۱ - رادیولوژیست
۱۲ - پاتولوژیست
۱۳ - متخصص فیزیوتراپی
۱۴ - متخصص سرطان
۱۵ - متخصص پوست
۱۶ - روانپزشک
۱۷ - مددکار اجتماعی



❁ جلسات ماهانهٔ انستیتو، مخصوص بیماران صعب العلاج، هر ماه تشکیل می شود.
❁ سیستم پذیرش و درمان بیماران در انستیتو جراحی جمجمه و فک و صورت چگونه است؟
❁ چگونگی ورود علاقه مندان به جلسات ماهیانهٔ .C.M.F



آماده می شود.

تاریخ برگزاری هر جلسهٔ ماهیانهٔ .C.M.F قبلاً با تلفن به اطلاع بیش از ۶۰ متخصص می رسد و در روز موعود به ترتیب بین پنج تا هشت بیمار مورد بررسی قرار می گیرند. برای هر بیمار دست کم ۳۰ دقیقه وقت صرف می شود که با توجه به مشکل بودن مورد، گاهی تا ۹۰ دقیقه نیز طول می کشد. سپس، بحث و تبادل نظر در مورد نحوهٔ درمان آغاز می شود. هر قسمت، توسط متخصص مربوطه دقیقاً مورد بررسی و اظهار نظر قرار گرفته در پایان، شیوهٔ درمان و تیم مشخصی که می باید مسئولیت درمان را برعهده گیرد معرفی می شود. حدود دو ماه بعد، همان بیمار پس از انجام درمانهای لازم، دوباره به .C.M.F معرفی شده و پس از اظهار رضایت کلیهٔ متخصصین به محل زندگی خود باز می گردد.

لازم به یادآوری است که بازدید سالیانهٔ بیمار تا ده سال انجام می گیرد و در مورد بیماران بی بضاعت نیز مخارج رفت و برگشت و هزینهٔ اقامت در تهران توسط انستیتو پرداخت می شود. همچنین، هزینهٔ درمان بیماران بی بضاعت و مجروحین گرامی جنگ

❁ مخارج رفت و برگشت و هزینهٔ اقامت بیماران بی بضاعت و نیازمند به جراحی های جمجمه و فک و صورت توسط انستیتو پرداخت می شود.

❁ اطلاعاتی دربارهٔ سمپوزیومهای بین المللی انستیتو جراحی جمجمه و فک و صورت ایران.

توسط بنیادهای مسئول یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخت می شود.

در مورد بیمارانی که نیاز به درمانهای جراحی دارند، این جراحیها با پیشرفته ترین وسایل جراحی امروزهٔ دنیا، استرایکر، لیزر، سیستمهای مدرن بیهوشی، و... بدون هیچ پیامد و سانحه ای انجام می پذیرد. طولانی ترین عمل جراحی بر روی بیماران مادرزادی، به مدت ۱۱ ساعت توسط تیم بیهوشی و تیم جراحی انستیتو انجام پذیرفته است.

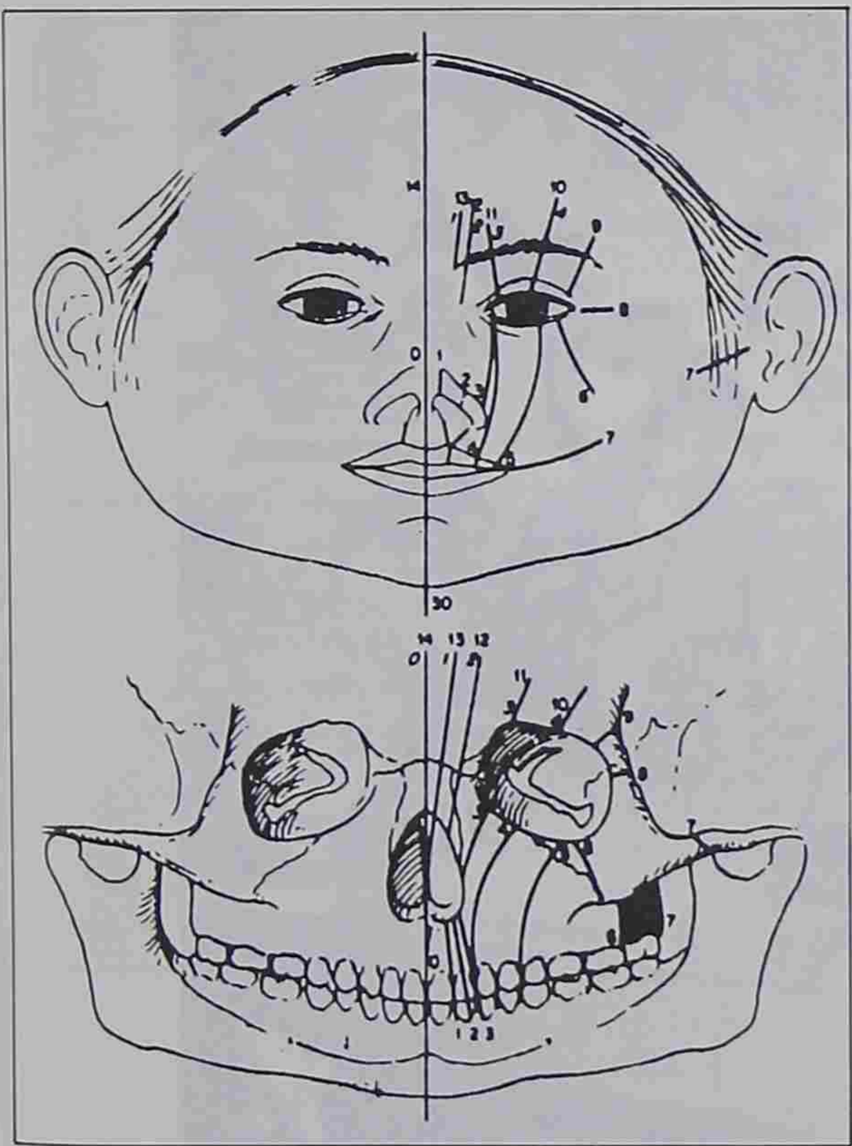
پزشکی و جامعه: لطفاً چگونگی ورود به جلسات ماهیانهٔ .C.M.F را برای علاقمندان توضیح دهید.

دبیر انستیتو: تاریخ برگزاری جلسات ماهیانهٔ .C.M.F، هر بار توسط رسانه های گروهی اعلام می شود و ورود کلیهٔ متخصصین، رزیدنت ها، انترن ها و دانشجویان پزشکی و پرستاری آزاد است.

پزشکی و جامعه: دربارهٔ سمپوزیومهای بین المللی .C.M.F چه اطلاعاتی می توانید در اختیار بگذارید؟

دبیر انستیتو: در اسفند ماه سال ۱۳۶۸ نخستین سمپوزیوم .C.M.F برگزار شد. سال بعد در اسفند ماه ۱۳۶۹ دومین سمپوزیوم چهار روزهٔ .C.M.F نیز در سطح بین المللی با موفقیت تشکیل شد. در این سمپوزیوم ۸۷ سخنرانی علمی ارائه شد و بیش از پنج هزار اسلاید به نمایش در آمد. همچنین، افزون بر ۴۰۰ نفر رویدادهای علمی سمپوزیوم را دنبال کردند و ۸ پانل با شرکت ۲۴ پانلیست به بیش از ۹۵ پرسش شرکت کنندگان پاسخ گفتند.

صاحبنظران علمی، سمپوزیوم یاد شده را از جمله پر بارترین رویداد علمی در ایران توصیف و ارزیابی کردند. توضیح اینکه در سمپوزیوم مذکور برای اولین بار شرکت کنندگان به طور مستقیم از طریق ویدئو سکوپ در جریان یازده عمل جراحی همزمان در اطاقهای عمل بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) قرار گرفتند.



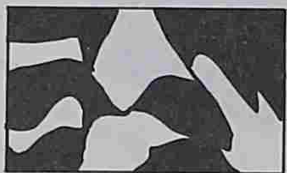
پزشکی و جامعه: به عنوان آخرین سئوال بفرمایید که چگونه می توان با مسئولین انستیتو تماس حاصل کرد؟

دبیر انستیتو: جهت تماس با مسئولین انستیتو، علاقه مندان می توانند همه روزه با شماره تلفن ۶۸۶۸۱۸ و یا فاکس ۶۸۷۸۸۳ تماس حاصل فرمایند.

❁



آقای دکتر، مرا راهنمایی کن و بگو چه کنم؟



«تنت به ناز طبیبان نیازمند مباد»، وجود نازنینت از گزند بیماریها، از رنج همهٔ دردها و آلام جسمی و روانی مصون باد و برای همیشه سالم و تندرست باشی.

اما، اگر به هر دلیل گرفتار عارضه‌ای هستی و آثار و علائم بروز یک بیماری را در خود مشاهده می کنی، یا خدای ناکرده یکی از نزدیکان و عزیزانت را گرفتار سرپنجهٔ بی ترحم و دردآلود درد و مرض می بینی، یا تردیدی در ذهن نسبت به سلامتی خود داری و حتی اگر سئوالی در یکی از زمینه های وسیع علوم پزشکی به اندیشه‌ات راه یافته و خود را نیازمند راهنمایی می یابی، با مجلهٔ پزشکی و جامعه مکاتبه کن و از دانش «گروه مشاوران مجله» برخوردار شو.

ارائهٔ یک چنین خدمت ارزنده‌ای به خوانندگان مجله، بر فراز اصول انسانی و همیاری و کمک به همنوع است و بنابراین رایگان.

تنها انتظار ما این است که نامهٔ خود را کوتاه و خوانا بنویسید و در عین حال اطلاعات لازم و کافی را در اختیار گروه پزشکان مشاور مجله قرار دهید تا پاسخی هر چه روشنتر دریافت دارید.

طب ورزشی

بهترین شیوهٔ درمان:

ورزش در هوای آزاد



* به طور علمی ثابت شده است که ورزشهای سبک و منظم موجب کاهش میزان مرگ و میر ناشی از حمله‌های قلبی، سرطان، و بسیاری بیماریها می‌شود.

استفان واتکینسون (Stephan Watkinson) در ۳۵ سالگی شدیداً به دخانیات معتاد بود و بیش از ۴۵ کیلو اضافه وزن داشت. وضع جسمانی وی به اندازه‌ای ناراحت کننده بود که حتی نمی‌توانست از چند پله بالا برود و... سرانجام نیز دچار سکته قلبی شد.

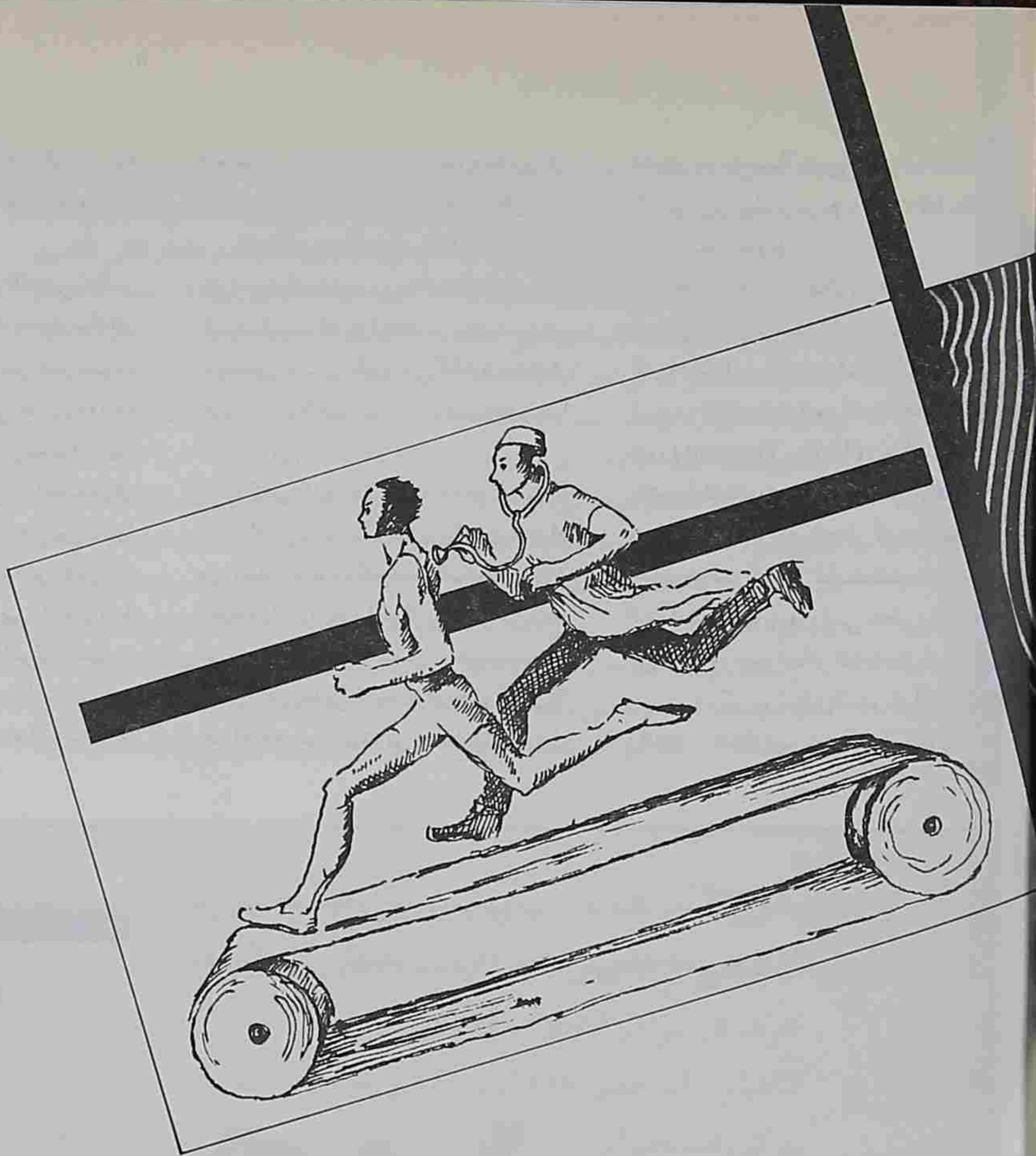
پس از رفع بحران، پزشک معالج وی تاکید کرد که بازیابی سلامت قلبی استفان مستلزم اجرای یک برنامه ورزشی منظم است، به طوری که روزانه دست کم یک کیلومتر و نیم پیاده‌روی را در بر گیرد.

استفان پس از جان به در بردن از حملهٔ قلبی، رژیم غذایی سختی گرفت و به طور مرتب به ورزش پرداخت و سعی کرد تا مقاومت و قدرت بدنی خود را افزایش دهد. دو سال که از این برنامه گذشت، او حدود ۴۵ کیلوگرم وزن کم کرده بود و ضربان قلبش به هنگام استراحت به ۴۸ ضربه در دقیقه رسید.

استفان واتکینسون خود در این باره می‌گوید: «در ابتدای کار فقط به این دلیل راهپیمایی می‌کردم که دچار حملهٔ قلبی دیگری نشوم. اما، در حال حاضر از این کار لذت می‌برم.»

استفان واتکینسون نیز همانند ۶۷ میلیون امریکایی دیگر دریافته است که پیاده‌روی برای سلامتی لازم است. پژوهشگران مؤسسهٔ تحقیقات آئروبیک دریافته‌اند که نداشتن شرایط جسمانی نامناسب نیز همانند سیگار کشیدن و یا بالا بودن کلسترول خون، برای سلامتی شخص خطرآفرین است.

خوشبختانه پژوهشگران ثابت کرده‌اند که انجام حرکات ورزشی مناسب و نه چندان شدید، موجب کاهش میزان مرگ و میر ناشی از حمله‌های قلبی، سرطان، و سایر ناراحتیها می‌شود. در واقع، پژوهشگران معتقدند که نیمی از ناراحتیها و عوارض خطرناکی که در رابطه با افزایش سن به وجود می‌آید، ناشی از عدم تحرک و فعالیت است. با انجام فعالیتهای ورزشی مناسب، فرد می‌تواند در سنین ۳۰ تا ۷۰ سالگی حدود هشتاد درصد از توانائیهای جسمانی خود را حفظ کند.



یک برنامهٔ پیاده‌روی که به‌نحوی مفید طرح ریزی شده باشد، می‌تواند تأثیر زیادی بر جسم و نیروی عاطفی و شادابی فرد داشته باشد. افراد غیر فعال که به شکلی معقول و متناسب شروع به ورزش و فعالیت می‌کنند، بیشترین بهره را می‌گیرند. یعنی کسانی که حداقل روزی نیم ساعت به پیاده‌روی می‌پردازند، نتایج زیر را به‌دست می‌آورند.

❊ تسکین دردها و ناراحتیها: ماهیچه‌ها و مفاصل در اثر «عدم تحرک و به کارگیری مداوم» سخت و خشک می‌شوند و تحلیل می‌روند. راهپیمایی همراه با ورزشهایی نظیر تمرین کششی و قدرتی، بهترین وسیلهٔ دفاعی بدن برای مقابله با این نوع ناراحتیها و دردهاست، زیرا موجب می‌شود بدن نرمی و انعطاف خود را حفظ کند، بی آنکه تحت فشار زیادی قرار گیرد.

طی تمرینات فشرده‌ای نظیر دویدن یا انجام ورزشهای آئروبیک، پای انسان با نیرویی معادل دو تا سه برابر وزن وی به زمین می‌خورد. این ضربه ممکن است موجب آسیب دیدن مفاصل و ماهیچه‌ها به ویژه در قسمت تحتانی بدن شود. اما هنگام راهپیمایی، نیرویی که به بدن وارد می‌شود، یک و نیم برابر وزن بدن آدمی است.

سوزان هنریکس در ۳۴ سالگی تصمیم گرفت که در مسابقات در ماراتون شرکت کند. تمرینات شدید، موجب کشیدگی تاندونهای وی شد و ناراحتیهای دیگری نیز به‌وجود آورد ولی او تمام این سختیها را به مثابهٔ بخشی از ورزش پذیرفت. چند سال بعد، پزشکان متوجه شکستگی در استخوان لگن وی شدند. از آن پس، سوزان به ناچار برنامهٔ ورزشی خود را دگرگون کرد و آماده شد تا در مسابقهٔ راهپیمایی شرکت کند. این ورزش بسیار بیشتر از دویدن به ماهیچه‌های قوی نیاز دارد در حالی که فشار کمتری به پشت و مفاصل فرد وارد می‌کند.

سوزان هنوز هم در مسابقات ماراتون شرکت می‌کند ولی در ماراتون راهپیمایی. او باز هم متحمل ضربات دیگری شد ولی سرانجام موفق شد در سال ۱۹۸۹ در مسابقات امپایر استیت نیویورک، که ویژهٔ راهپیمایی است مدال نقره به‌دست بیاورد.

❊ راهپیمایی و زیبایی: هرچه پیرتر می‌شویم، فشار نیروی جاذبه را بر بدن خویش بیشتر احساس می‌کنیم. علت این است که حجم ماهیچه‌ای بدن افراد بالغ پس از سن سی سالگی، کم می‌شود. در نتیجه یک فرد پنجاه ساله که وزن بدنش از بیست سال پیش تا آن زمان هیچ گونه تغییری نکرده است، احتمالاً سنگینتر از سابق به نظر خواهد رسید.

برای اغلب مردم، تهیهٔ یک برنامهٔ دقیق و مرتب راهپیمایی، وسیلهٔ خوبی برای حفظ تناسب اندام به‌شمار می‌رود. ورزشی که آن را «قدم زدن سریع» (تند راه رفتن) می‌نامیم به تقویت و هماهنگ کردن عضلات عمدهٔ بدن (عضلاتی مثل شانه و بازوها، پشت و بالای شکم، پاها و سرین) کمک می‌کند. همچنین، در تسریع گردش خون در بدن و انعطاف پذیر شدن تارهای عضلانی مؤثر است. اجرای این برنامه می‌تواند انسان را از آسیبهای فراوانی که گریبانگیر ورزشکاران آخر هفته‌ای (کسانی که هفته‌ای یک بار، اما سنگین ورزش می‌کنند) می‌شود ـ از قبیل کشیدگی ماهیچه‌ها، در رفتگی و التهاب تاندونها ـ محفوظ نگهدارد.

بدون شک، کسی قادر نخواهد بود که قد و قامت دوران نوجوانی خود را بازیابد، اما با روش «قدم زدن سریع»

می تواند با توجه به سن و سال و شیوهٔ زندگی، خود را تا حد ممکن تندرست و سالم و شکیل نگاهدارد.

❊ **کاهش فشارهای عصبی:** دکتر روی همپتون، چشم پزشک پنجاه ساله‌ای است که برای رفتن به سر کار خود، هفته‌ای سه بار مسافتی حدود دوازده کیلومتر را می پیماید. پیمودن این مسافت برای او، فرصتی مناسب برای اندیشیدن به شمار می رود و می توان آن را نوعی آرامبخش دانست. دکتر روی، در اوایل سی سالگی راهپیمایی را آغاز کرد ولی پس از هشت سال آن را ترک گفت. به فاصلهٔ سه سال به طور روزافزونی کج خلق و عصبی شد. به پیشنهاد و تشویق همسرش، دکتر روی دوباره به ورزش کردن پرداخت و دیگر آن را ترک نکرد.

زندگی روزانه، سرشار از حوادث ناراحت کننده و رویدادهای تحریک کننده است که به شدت بر روی سیستم عصبی انسان تاثیر می گذارد... فشار خون را بالا می برد... ماهیچه ها را منقبض می کند و...

دکتر کلودمیلر (Dr. Claude Miller) روانپزشک نیویورکی پیشنهاد می کند که به هنگام عصبانی شدن، ۱۵ دقیقه راه بروید و اگر از بی خوابی رنج می برید، دو ساعت پیش از خوابیدن نیز کمی راهپیمایی کنید. برای جلوگیری از حملهٔ عصبی، بهترین وسیله پیاده‌روی است. چون حملهٔ عصبی عارضه‌ای است که هر روز بیشتر مردم به مدت ۱۵ دقیقه دچار آن می شوند.

❊ **کمک به تفکری هوشمندانه:** بسیاری از هنرمندان و فلاسفه معتقدند که راهپیمایی سبب روشنی فکر و تقویت نیروی خلاقیت فرد می شود. هنری دیوید تورو (H.D. Thoreau) و چارلز دیکنز به راهپیمایان شهرت داشتند و در طول زندگیشان هزاران کیلومتر را پیاده طی کرده بودند. در حال حاضر کاملاً ثابت شده است که انجام تمرینات ورزشی به طور مرتب، می تواند موجب فعالتر شدن مغز شود.

در مرکز پزشکی شهر سالت لیک (Salt Lake) بر روی افراد ۵۵ تا ۷۰

❊ شرایط جسمانی نامناسب نیز همانند سیگار کشیدن و یا بالا بودن کلسترول خون، برای سلامتی شخص خطرآفرین است.



ساله تحقیقی انجام گرفته است که نشان می دهد افرادی که سه بار در هفته و هر بار به مدت یک ساعت، در طول چهارده ماه متوالی راهپیمایی کرده بودند، زمان واکنش، توان حافظه و قدرت بینایی آنها به نسبت کسانی که بی تحرک بوده‌اند و یا در فضای آزاد ورزش نمی کرده‌اند، افزایش یافته است. علاوه بر این، سرعت گردش خون و اکسیژن رسانی به مغز در این افراد بیشتر شده و تغییرات بیوشیمیایی خاصی نیز در مغز ایشان به‌وجود آمده بود.

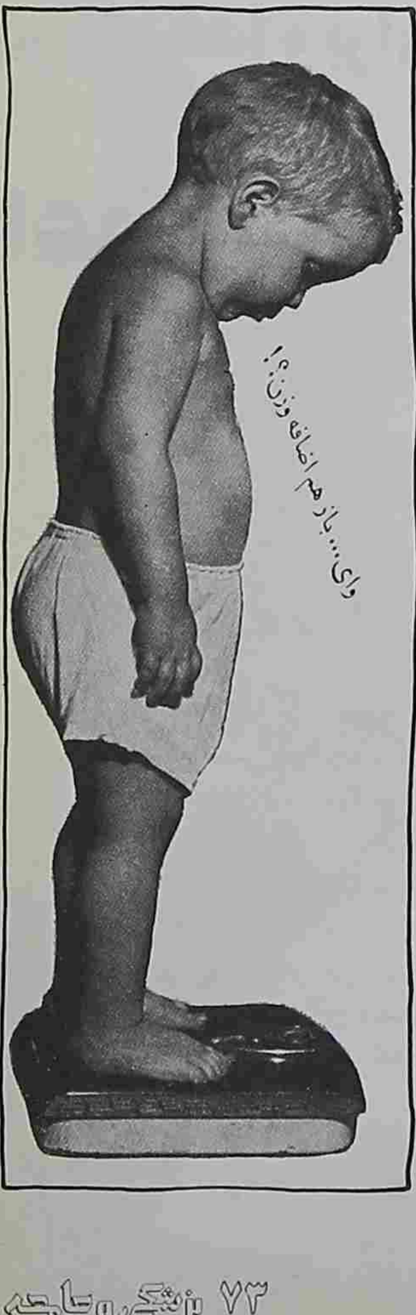
پیاده‌روی تند موجب می‌شود که قلب سریعتر بزند و اکسیژن بیشتری به ماهیچه‌ها برساند. این تپیدنهای زیاد

واشنگتن (در سنت لوئیز)، بر روی زنان مبتلا به پوکی استخوان انجام شد، توانستند با گنجاندن مقدار کافی کلسیم در جیرهٔ غذای روزانهٔ آنها و انجام راهپیمایی به مدت یک ساعت و هفته‌ای سه بار، سبب افزایش چگالی استخوان ستون فقرات آنان به مقدار ۶ درصد شوند.

* **کاهش وزن:** پس از سن ۲۵ سالگی، متابولیزم بدن (یعنی سرعتی که بدن مواد غذایی را می‌سوزاند) کم می‌شود و به این ترتیب چربیها خیلی دیرتر آب می‌شوند. برای کاهش وزن، اکثر افراد، میزان کالری دریافتی روزانه‌شان را کم می‌کنند تا به وزن

مسافت، متوجه شد که دیگر گرسنه نیست. همین نکته موجب شد تا راهپیمایی را به‌طور جدی شروع کند و رژیم غذایی خود را تغییر دهد و به جای چربیها، از کربوهیدراتها بیشتر استفاده کند. به فاصلهٔ کمتر از یک سال، والتر حدود ۴۰ کیلو وزن کم کرد و با خوردن دارو، بیماری دیابت خود را نیز کاملاً تحت کنترل گرفت. او کم کم به مسابقات راهپیمایی علاقه‌مند شد و به چنان تواناییهایی رسید که در گروه سنی خودش، در مسابقات ملی ۵۴۰ کیلومتری راهپیمایی، مقام سوم را کسب کرد. والتر در این مورد می گوید: «من در نبرد با مرگ زودرس، به پیروزی رسیدم».

* با ورزش منظم در هوای آزاد می توان دردهای ماهیچه‌ای و مفصلی را کاهش داد، تناسب اندام و زیبایی ظاهر را حفظ کرد، در برابر فشارهای عصبی مقاومت ورزید و آنها را کاهش داد، مغز را فعالتر کرد و به خلاقیت آن افزود، روند پوکی استخوانی را متوقف کرد، و... در نبرد با مرگ زودرس به پیروزی رسید.



سبب بهتر کار کردن قلب می شود و در نتیجه در زمان استراحت آهسته‌تر از قلب یک فرد بی تحرک می تپد.

چگالی استخوانها بستگی به مقدار تمرینات ورزشی انجام شده و نوع تغذیه فرد در دوران کودکی و بلوغ دارد. هر چه استخوانها در سن ۳۵ سالگی متراکمتر و محکمتر باشند، خطر ابتلا به پوکی استخوان در سنین بالاتر کمتر خواهد بود. راهپیمایی و ورزشهایی که وزن را کم می کند، موجب کند شدن روند پوکی استخوان می شود و حتی ممکن است در جوانی موجب افزایش رشد شود. در این صورت پوکی استخوان در سنین نوجوانی کاملاً مهار می شود و رشد آن در طی سالهای آتی نیز بسیار کندتر خواهد شد. طی تحقیقی که در دانشگاه

دلخواه خود برسند. پس از کاهش وزن مورد نظر، چون به همان روش سابق خود در تغذیه باز می گردند، ناگزیر دوباره چاق می شوند. بهترین راه لاغر ماندن، کم کردن کالری دریافتی همراه با انجام تمرینات ورزشی است.

مالتر آستین بیش از ۴۵ کیلوگرم اضافه وزن داشت و در ضمن مبتلا به دیابت هم بود. او هر چیزی که برایش زیانبخش بود، می خورد و فعالیتی هم نمی کرد! در ۴۶ سالگی به اغمای دیابتی افتاد. پس از خارج شدن از حال اغما (کوما)، دکتر به او گفت که با این ترتیب، بیش از ۵ سال دیگر عمر نخواهد کرد. والتر به عنوان سرگرمی به پیاده‌روی پرداخت و یک مایل (۱/۶ کیلومتر) راهپیمایی کرد. پس از پیمودن این

«زندگی، رسم خوشایندی است...
زندگی، حس غریبی است که یک مرغ مهاجر دارد...
زندگی، ضرب زمین در ضربان دل ماست...
....
چشمها را باید شست...
جور دیگر باید دید...
آب در یک قدمی است...
روشنی را بچشیم...
و بیاریم سبد...
ببریم این همه سرخ، این همه سبز.»

* * *

واژه‌های ستایش انگیز در توصیف و بزرگداشت آن، بس حقیر و نارسا جلوه می کنند.

اگر شما پیشگام این حرکت بزرگ انسانی هستید و قصد آن دارید که اعضای بدن خود را، پس از مرگ، به دردمندان هدیه دهید، یقین بدانید که به پشتوانهٔ دعای خیر نجات یافتگان و به پاس نام نیکی که از خود به یادگار می گذارید، نزد خداوند نیز اجر و پاداش سزاوار خواهید داشت و روح و روانی قرین آرامش ابدی.

اینک، «ایثار» شما و «توان» علم، دست به دست می دهند تا چراغ عمر دردمندان، فروغی دیگر یابد و «انسانیت» در باشکوهترین معنای خود جلوه گر شود.

* * *

در راه خدا و برای نجات جان دیگران

اعضای سالم بدن خود را هدیه کنید

* مرگ حق است و از آن گریزی نیست. اما، می توان پس از مرگ زندگی بخش بود.

«پیوند اعضاء»، از هیجان انگیزترین و جسارت آمیزترین ابعاد علوم پزشکی است که در تکامل روزافزون خود، می رود تا به شکلی معجزه‌آسا تبدیل به امید نهایی و شماره یک دردمندانی باشد که به دلیل فساد یک عضو بدن و از دست رفتن کارآیی آن، نومید و نگران، در حال شمارش لحظه‌های پایان زندگی خود هستند.

آنچه پزشکی امروز نوید می دهد و بیماران مبتلا به نارسایی کلیه، قلب، ریه، کبد، پانکراس (لوزالمعده)، ریه، استخوان و... را امیّد ادامهٔ زندگی می بخشد، همانا پیوند اعضاء سالم به آنها، از بدن انسانی است که به برکت برخورداری از روحیه‌ای والا و قابل ستایش، از یکی از ارگانهای مهم جسم خود به خاطر رضای پروردگار، نجات جان همنوع، و آرامش و آمرزش روح و روان خود می گذرد تا عملاً گفته و اثبات کرده باشد:

بنی آدم اعضای یک پیکرند
که در آفرینش ز یک گوهرند

اهدای عضو یا اعضایی از بدن - پس از مرگ شخص - حرکتی است در اوج شرف و خصائل انسانی که حتی فاخرترین

اما، آنچه لازم است در مورد اهدای اعضاء بدن بدانید:

*** چه اعضایی از بدن را می توان اهدا کرد؟**

- کلیه‌ها، قلب، کبد، پانکراس (لوزالمعده)، مغز استخوان و استخوانها، ریه‌ها، و حتی پردهٔ شفاف جلوی چشم که مردمک در آن وجود دارد (قرنیه)، از عضوهایی هستند که قابلیت پیوند به دیگری را دارند.

*** چه موقع می توان عضو اهدایی را از بدن برداشت؟**

- پس از اطمینان از وقوع مرگ و متوقف شدن کار مغز (در اثر حادثه‌ای سخت و یا عدم موفقیت در به هوش آوردن بیمار پس

از عمل جراحی، و یا وقوع مرگ طبیعی) عضو مورد نظر را به طور مصنوعی زنده نگه می دارند، تا زمان پیوند فرا برسد.

*** اگر کودکی بخواهد عضو بدن خود را هدیه دهد چه؟**

- در مورد کودکان، اجازهٔ کتبی والدین یا قیّم قانونی آنان لازم است.

*** برداشت اعضاء چگونه انجام می گیرد؟**

- گروهی از پزشکان و جراحان متخصص، با رعایت اصول شرعی، سنت‌ها، و با توجه به عرف اجتماعی، عضو سالم مورد نیاز بیمار را از بدن مرده جدا می کنند.

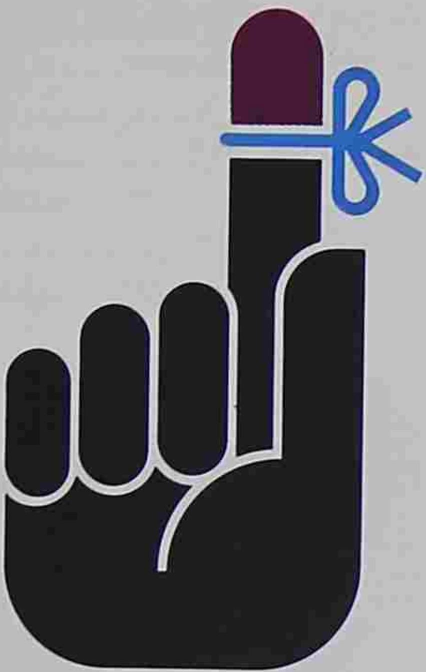
*** حکم شرعی این عمل از دیدگاه اسلام چیست؟**

- فتوای شرعی و اسلامی چنین عملی، به جهت آنکه هدفهای کاملاً انسانی و بشر دوستانه را تعقیب می کند، از سوی مراجع بلند پایه صادر شده و هیچ گونه منع شرعی در کار نیست.

*** با جسد فردی که عضو بدن خود را هدیه کرده است چه می کنند؟**

- پس از برداشتن عضو هدیه شده، جسد فرد اهدا کننده در اختیار بازماندگان وی قرار می گیرد، تا مراسم کفن و دفن،





※ چشم امید بیماران کلیوی، قلبی، کبدی، ریوی، استخوانی، و... به همنوعان سالم و تندرست است. ما و شما، شاید تنها امید آنها برای ادامهٔ زندگی باشیم.

همچنانکه متداول و مرسوم است، به اجرا در آید. عمل اهداء عضو را نباید با تشریح اشتباه گرفت.

※ اگر کسی بخواهد مغز استخوان خود را هدیه دهد، فرآیند عمل چگونه خواهد بود؟

ـ پیوند مغز استخوان تنها نقطهٔ امید و راه نجات بیماران بی شمار مبتلا به لوسمی، آپلازی (عدم رشد اعضاء) و یا کودکان ناقص الخلقه است. این کودکان و جوانان بیمار چشم انتظار دریافت مغز استخوان کسی هستند که خون آنها با گروه خونی آنان سازگار باشد.

※ مغز استخوان چیست و پیوند آن چگونه انجام می شود؟

ـ مغز استخوان مادهٔ داخل استخوان است که منشاء تولید گلبولهای خون محسوب می شود و نباید آن را با نخاع که در داخل ستون فقرات است، اشتباه کرد.

※ آیا هر کسی می تواند مغز استخوان خود را اهداء کند؟

ـ گاهی اوقات، برادر یا خواهر تنی فرد بیمار می تواند این کار را انجام دهد. در غیر این صورت باید از فرد داوطلبی که مغز استخوان وی با فرد بیمار سازگار باشد، کمک گرفت.

※ در چه سنی می توان این کار را کرد؟

ـ از ۱۸ تا ۵۰ سالگی.

※ چند بار در طول زندگی می توان این کار را تکرار کرد؟

ـ معمولاً یک بار ولی به طور استثنایی ممکن است فرد بیمار دوبار به پیوند مغز استخوان نیاز پیدا کند. در چنین صورتی می توان از مغز استخوان اهدایی افراد خانواده استفاده کرد.

※ برداشت مغز استخوان چگونه انجام می گیرد؟

ـ با انجام بیهوشی عمومی و از طریق مَکش (Ponction) استخوان با سن، برداشت مغز استخوان انجام می گیرد.

※ چه مدت طول می کشد تا مغز استخوان بازسازی شود؟

ـ مغز استخوان، همانند خون، بسیار سریع بازسازی می شود و این عمل حداکثر ۴۸ ساعت طول می کشد.

※ آیا اهداء مغز استخوان باید پس از وقوع مرگ هدیه کننده باشد؟

ـ خیر. باید در زمان حیات او باشد، آن هم پس از انجام آزمایش خون و تشخیص نوع HLA در آزمایشگاههای معتبر.

※ دیگر چه اعضایی را می توان قبل از وقوع مرگ هدیه کرد؟

ـ اهداء هر یک از کلیه ها از شایعترین نوع هدیه دادن است. ضمن آنکه اهدای خون نیز در حد خود نوعی حیات بخشی به شمار می آید.

※ برنامهٔ مجلهٔ پزشکی و جامعه برای این کار چیست؟

ـ این مجله کوشش می کند که در درجهٔ نخست نطفهٔ فکر یک چنین حرکت انسانی و ستایش انگیزی را در بطن جامعه بنشاند و اطلاعات مربوط به آن را انتشار دهد.

قدم بعدی، به اجرا در آوردن فکر به کمک اشخاص خیِّر، نهادها، و انجمنهای ذیربط است.

در شمارهٔ آینده، این بحث را ادامه خواهیم داد و طی این مدت چشم انتظار دریافت پیشنهادها و نقطه نظرات خوانندگان خود در جهت فعلیت بخشیدن به طرح حاضر هستیم.

زنده ماندن در بخش ICU بیمارستانها، به همان اندازه بستگی به وسایل مکانیکی و دستگاههای الکترونیکی دارد که به مهارتها و تواناییها و دانش پزشک.

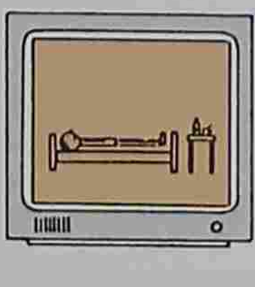
اما، چندی است شاهد پیشرفت تکنولوژیکی دیگری هستیم که برای همیشه بیمار را از روش قدیمی معاینه دستی پزشکان جدا می کند! این پیشرفت جدید، چیزی نیست جز طراحی یک سیستم کامپیوتری به نام APACHE که پس از استقرار یافتن در بخش ICU و دریافت اطلاعات مربوط به حال و روز هر یک از بیماران، با خونسردی و سنگدلی! هرچه تمامتر حقایق تلخی را دربارهٔ احتمال مردن یا ماندن آنها بروز می دهد.

APACHE نامی است برگرفته از حروف اول این عبارت:
Acute Physiology, Age and Chronic Health Evalution



Software for Hard Issues

Who will live? Who will die? A computer votes.



در ورای یک تردید منطقی

آیا کامپیوتر حق قضاوت دربارهٔ ماندن و مردن یک بیمار را دارد؟

پزشکانی که از سیستم APACHE استفاده می کنند، تأکید می ورزند که این سیستم فقط یکی از عوامل ارزیابی کنندهٔ «ماندن یا مردن» بیماران است.

آقای دکتر جان پاپوویچ (John Papovich)، متخصص ریه در بیمارستان هنری فورد در دیترویت، می گوید: «جان انسان چیزی مثل گزارش بورس سهام نیست که با نگاه کردن در آن تصمیم قطعی بگیریم».

با این وجود، سیستم APACHE پیوسته در حال پیشرفت و تکامل است. این سیستم در ابتدا توسط دکتر ویلیام کناوس (William Knavs) متخصص ICU در دانشگاه جرج واشنگتن طراحی شد، و امروز نسل سوم این سیستم موسوم به APACHE III به قیمت ۳۵۰ هزار دلار در دسترس است و آن را بیش از ۱۵ بیمارستان در سراسر جهان خریداری کرده و به کار گرفته اند.

برای آنکه کامپیوتر APACHE III بتواند بگوید که وضع یک بیمار در چه حالی است، ۲۷ پرسش را در برابر پزشکان قرار می دهد. این پرسشها شامل سوابق بیمار، مداوای انجام شده، نتایج آزمایشگاه، علائم بیمار و شدت آن در زمان ورود به بخش ICU و... نظیر اینهاست. پس از دریافت پاسخها، کامپیوتر شروع به تجزیه و تحلیل می کند و آنگاه دو عدد را که به صورت «درصد» است ارائه می دهد. یکی از این اعداد، احتمال مرگ بیمار در ICU است و دیگری احتمال مرگ او بعد از ترک بیمارستان است!

*کامپیوتر APACHE III تخمین می زند که بیماران بخش ICU چند درصد امید زنده ماندن دارند.

*«برقراری چنین سیستمی می تواند معالجات اضافی و هزینه های بیمارستان را کاهش دهد. زیرا که ۱۵ درصد از بیماران بخش ICU غیرقابل علاج اند»!؟

APACHE III همچنین طول اقامت بیمار در بخش ICU را نیز تخمین می زند و می گوید که بیمار به چه مقدار دارو و مراقبت نیاز دارد.

در بیمارستان سنت جوزف مرسی St. Josef Mercy در میشیگان، پزشکان بخش ICU می توانند با نگاه کردن به صفحهٔ مانیتور APACHE III وضعیت هر یک از بیماران را ارزیابی کنند.

روی صفحهٔ مانیتور، وضعیت ۱۰ بیمار بستری در بخش ICU با رنگ نشان داده شده است: رنگ قرمز برای بیش از ۹۰ درصد احتمال مرگ... سپس نارنجی و زرد و سرانجام سبز برای کمتر از ۱۰ درصد احتمال مرگ.

جای اختلاف کجاست؟

برقراری و گسترش چنین تکنولوژی پیشرفته ای در بیمارستانها، مسئولیتهای اخلاقی سنگینی را درپی می آورد. به عقیدهٔ دکتر جوان لین (Joanne Lynne) - از بیمارستان جورج واشنگتن - این خطر وجود دارد که شرکتهای بیمه براساس اطلاعات دریافتی از APACHE III مقدار پول حق بیمه عمر را که باید بپردازند کاهش دهند یا محدود کنند.

اما، دکتر پاپوویچ می گوید که نکات مثبت این سیستم به مراتب بیش از نکات منفی آن است. زیرا، اطلاعات ارائه شده از سوی این سیستم به بیماران و خانواده های آنها، بسیار دقیق تر از واژه هایی است که پزشکان به کار می برند: «ای... بد نیست!» یا «وضع بیمار شما ناجور است» و...

پروفسور جان. جی. پاریس (John J. Paris)، بیوتکنولوژیست کالج بوستون، امیدوار است چنین سیستمی بتواند معالجات اضافی و هزینه های بیمارستان را کاهش دهد، چرا که حدود ۱۵ درصد از بیماران بخش ICU غیرقابل علاج اند و بی جهت مورد مداوا قرار می گیرند!

به گفتهٔ آقای کارل کوهن (Carl Cohen) استاد فلسفهٔ دانشگاه میشیگان، اگر نتایج پیش بینی شده توسط APACHE III قابل اطمینان باشد، هیچ دلیل غیراخلاقی برای عدم استفاده از این پیش بینی ها (ماندن یا مردن یک بیمار!) وجود ندارد، چرا که: «... ماشین فقط اعداد را به بازی می گیرد و اطلاعات را محاسبه می کند. این ما هستیم که اطلاعات را در اختیار سیستم قرار می دهیم. تصمیمات پزشکی هنوز در دست پزشکان است و بدون اجازهٔ بیماران و خانوادهٔ آنها به اجرا در نمی آیند.»



پاک
پاکیزگی را به بند می کشد
پودر رختشویی
پاک
برای پاکیزگی
برنده
لوح افتخار
برای کیفیت بهتر
پاکوش
شرکت (سهامی خاص)
تهران: خیابان افریقا - کوچه تندیس پلاک ۳۳ - کد پستی ۱۹۱۵۶ - فاکس ۴۲۷۶۱۷۳
تلفن: ۴۲۷۹۴۸۷ - ۴۲۷۶۱۹۵ - تلکس PAK - IR - ۲۲۲۴۲۳
علامت استاندارد نشانه مرغوبیت کالاس



* درمان بیماری آسم نباید محدود به درمان بحرانهای آسمی شود.

* حذف محیط آلوده به دخانیات و هرگونه عامل آلرژی‌زا، و بهبود شرایط محیطی از مهمترین گامها در کنترل و درمان بیماری آسم است.

* ابداع شیوه‌ای دقیق و چند مرحله‌ای تا نابودی کامل کلیهٔ بحرانهای آسمی...

* قبل از مزمن شدن بیماری، درمان اساسی را باید آغاز کرد.



آسم در کودکان

درمان بیماری آسم - از دید بیشتر پزشکان - صرفاً به کارگیری روشی برای مداوای حمله های آسم است. اما، باید توجه داشت که حملهٔ آسم موجب انهدام مخاط و بروز آسیبهای بدنی (آناتومیکی) می شود. توجه به این مسئله - به خصوص در مورد کودکان و در مراحل رشد دستگاههای تنفسی آنان - دارای اهمیت زیادی است و هرگونه تخریب و یا آسیبی در این زمان حساس می تواند جبران ناپذیر باشد.

از تولد تا سه سالگی، تعداد آلوئولهای ریه (کیسه های ریز مملو از هوا در ریه که مبادلهٔ اکسیژن و دی اکسید کربن از طریق جدار این حبابکها و کیسه های هوایی انجام می گیرد) از ۲۵ میلیون به ۳۰۰ میلیون و حتی گاهی به ۶۰۰ میلیون می رسد.

به احتمال زیاد بلوغ آناتومیکی بافت ششی، همزمان با بلوغ عملکرد این اندام است. در نتیجه درمان بیماری آسم نمی تواند صرفاً محدود به درمان بحرانهای آسمی شود بلکه اساساً درمان باید به نحوی باشد که مانع بروز این بحرانها شود تا وحدت عملکرد دستگاه تنفسی به خطر نیفتد. به کارگیری چنین روشی، پایه و اساس هر نوع شیوهٔ درمانی مناسب برای مبارزه با بیماری آسم است.

پروفسور گریمفلد (Pr. Grimfeld) برای درمان آسم، روش درمانی دقیقی در چند مرحله ابداع کرده است که گام به گام تا نابودی کامل تمامی بحرانها پیش می رود.

اولین گام، بهبود محل زندگی کودک است؛ یعنی: حذف محیط آلوده به دخانیات (دود سیگار والدین، و...) و بهبود شرایط محیطی و حذف هر گونه عامل آلرژی زا (در صورتی که شناسایی شده باشد). نقش پزشک در این مرحله بسیار اساسی است. زیرا درمان کودک مبتلا به آسم در محیط آلوده تقریباً غیر ممکن است.

دومین مرحله، که در واقع غیر قابل تفکیک از اولی است، مرحلهٔ تطابق کودک با شرایط و محیط جدید است که

در این مرحله از درمان دارویی نیز استفاده می‌شود. داروهای آنتی هیستامینیک (مانند زادیتن Zaditen، تلدان Teldan، هیسمانال Hismanal، زیترک Zytrec، تینست Tincet و...) که البته مقدار این داروها با توجه به وزن و وضع استخوانهای بدن تجویز می‌شود. کرومولین سدیم (لومودال: دارویی که سبب کاهش وقفهٔ مراحل حد واسط واکنشهای حساسیتی می‌شود و مصرف آن به شکل استنشاقی است) و یا ندوکرومیل Nedocromil در این مقطع تجویز می‌شوند.

با این وجود، اگر بحرانها همچنان ادامه پیدا کنند، پروفسور گریمفلد از داروهای کاهش دهندهٔ حساسیت (Hyposansibilisation) و گشاد کننده‌های نایژه به‌طور متوالی استفاده می‌کند.

در سومین مرحله، از داروهای رفع حساسیت در موارد آسم آلرژیک، یعنی مواردی که عنصر آلرژی‌زا (حساسیت‌زا) کاملاً شناسایی شده باشد استفاده می‌شود. در این صورت، پزشک می‌تواند داروهای گشاد کنندهٔ نایژه تجویز کند. برای مدتی نیز می‌توان از تئوفلین‌ها (شُل کننده غضلات صاف) استفاده کرد؛ مثل تئوفیلین، آرموفیلین، Theostat، Theolanelp، Dilatranelp و...

دکتر گریمفلد از گشاد کننده‌های نایژه نیز برای درمان اساسی استفاده کرده است. محرکهای بتا ۲ نیز بسیار موثرند، ولی در تجویز آنها باید احتیاط کرد. به نظر پرفسور گریمفلد، محرکهای بتا ۲ را نباید در مورد کودکان کمتر از هجده ماه تجویز کرد. به کار بردن این نوع داروها برای کودکان ۱۸ ماهه تا شش ساله نیز باید با احتیاط انجام می‌گیرد، چون هنوز نوع عوارض ثانوی ایجاد شده در کودکان ـ در صورت مصرف درازمدت این داروها ـ مشخص نشده است. کودکان بالای شش سال نیز می‌توانند از محرکهای بتا ۲ استفاده کنند به شرط آنکه مقدار تجویز شده با وزن و سایر مشخصات لازم کودک هماهنگ باشد.

زیرا به نظر می‌رسد که تشدید بحرانهای آسمی کودکان به دلیل استفاده زیاد و بی‌رویهٔ محرکهای بتا ۲ است.

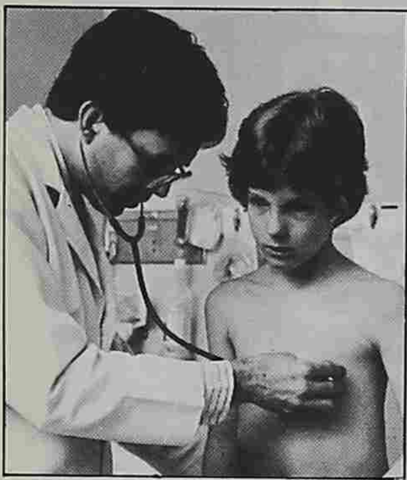
گروه دیگری از گشاد کننده‌های نایژه که می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند، از گروه آتروپینی‌های صناعی هستند (آتروپین، خشک کنندهٔ ترشحات دهان و مجاری تنفسی است، مثل: Atroveut و Tersigat و...). این گروه از مواد فقط برای اشخاصی تجویز می‌شود که در تست EFR (Effective Filtratin Rate) به آنتی کولینرژیکها پاسخ مثبت داده باشند.

اگر ناراحتیهای مزمن ریه وجود داشته باشد، آتروپین‌های صناعی تاثیر واگولیتیکی (فلج کنندهٔ عصب واگ) زیادی خواهند داشت. اخیراً دارویی عرضه شده که همزمان دارای اثرات آتروپین‌های سنتزی و محرک بتا۲ است (Bronchodual). تلفیق این دو، موجب کمتر شدن مقدار هر یک (اگر به تنهایی تجویز شوند) خواهد بود و در نتیجه عوارض ثانوی کمتری نیز ایجاد می‌شود.

اگر درمان تا این مرحله با موفقیت همراه نباشد، از کورتیکوئیدها استفاده می‌کنند که در واقع مرحلهٔ چهارم درمان محسوب می‌شود. از کورتیکوئیدها باید کمتر بهره گرفت زیرا عوارض سوئی بر سیستم دفاعی بدن و رشد آن دارد. پزشک می‌تواند از کورتیکوئیدهای استنشاقی (مثل Bectoide) استفاده کند که موثر است و همچنین عوارض ثانوی در بر ندارد. کودکان به سهولت می‌توانند از این اسپری‌ها و یا بخور دهنده‌ها استفاده کنند. کودکان کمتر از چهار سال به دلیل دشوار بودن نحوهٔ استفاده نمی‌توانند از اسپری‌های کورتیکوئیدی استفاده کنند.

همزمان با درمان خاص بیماری آسم، عوامل دیگری مانند حساسیت به عفونتهای باکتریها نیز باید مورد توجه قرار گیرند (درمان‌های دراز مدت با آنتی بیوتیک یا درمان‌های مداوم ولی با وقفه).

اگر تلاشهای جسمانی موجب بروز



حملهٔ آسمی در کودک شود، باید به او آموخت که فعالیتهایش را محدود کند. در غیر این صورت، تجویز کرومونها یا محرکهای بتا۲ پیش از انجام فعالیتهای ورزشی می‌تواند از بروز بحرانها جلوگیری کند.

موثر بودن درمانها موجب ناپدید شدن بحرانها یا نشانه‌های مشابه آن (نظیر سرفه‌های شبانه یا صبحگاهی و یا سرفه پس از انجام فعالیتهای جسمانی) می‌شود. اگر در یک سال دو بار بحرانی به‌وجود نیاید، درمان را می‌توان به تدریج متوقف کرد.

پیشگیری از آسم و حمایت کودکانی که بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری آسم هستند

روش درمانی اساسی آسم را باید تا جایی که ممکن است زودتر شروع کرد تا از مزمن شدن بیماری جلوگیری شود. به همین دلیل، پروفسور گریمفلد پیشنهاد می‌کند برای کودکانی که بیشتر در معرض ابتلا به بیماری آسم هستند، از داروی آنتی هیستامینیک H1 (زادی تن Zaditen بهترین داروی شناخته شده است) به مدت ۱۸ ماه و پودر کروموگلیکات سدیم (Lomudal) به مقدار ۲ واحد در روز به مدت ۶ تا ۱۲ ماه استفاده کرد. سپس، در صورت بروز حالتهای حاد می‌توان از پودرهای کورتیکوئیدی بهره گرفت.

تازه‌های پیوند

Transplantation update

* پیوند کلیه، قلب، ریه و... امروزه شیوه‌ای پذیرفته شده در درمان است که تنها محدودیت آن در دسترس بودن «اعضای دهندهٔ مناسب» است.



گیرندگان پیوند اعضای توپر (کلیه، کبد، قلب، ریه)، امروزه در هر زمینه‌ای از طب وجود دارند. به عنوان مثال، در حال حاضر بیش از ۱۰۰۰ بیمار با قلب پیوندی در انگلستان زندگی می‌کنند.

با افزایش تجربه، مشکلات خاصی بعد از عمل جراحی بروز می‌کند که به‌طور عمده مربوط به عوارض دارویی و وضعیت تضعیف ایمنی است و در میان همهٔ بیماران دریافت کنندهٔ پیوند شیوع دارد. با توجه به محدود بودن تعداد دهندگان پیوند، تصمیمگیری در زمینهٔ انجام آن در واقع نوعی سهمیه بندی در انجام روشهای بهداشتی - درمانی به حساب می‌آید.

بیمارانی که تحت عمل جراحی پیوند عضو قرار می‌گیرند، سرانجام به جامعه بازمی‌گردند. بنابراین، پزشک عمومی همراه با سایر اعضای تیم مراقبتهای اولیه، نقش کلیدی در کمک به این افراد برای تنظیم و بازگشت به زندگی روزمره دارند.

بیماری که عمل جراحی پیوند عضو را پشت سر نهاده است، برای کنار آمدن با عضو جدید و رعایت مسائل دقیق در رژیم درمانی، نیاز به کمک دارد. مسائل مربوط به رد پیوند مزمن و عوارض دارویی، محتاج مراقبتهای مداوم است که تا حد زیادی بین مرکز انجام پیوند و پزشک عمومی مشترک است.

اندیکاسیونهای پیوند
(Indications for Transplantation)

بیماران انتخاب شده دچار نارسایی غیر قابل برگشت و ترمیم ناپذیر (End-Stage) عضو مربوطه هستند. در مورد نارسایی کلیه می‌توان از دیالیز استفاده کرد اما برای قلب، کبد، و ریه تنها درمان جایگزینی، انجام پیوند است و برای اکثر بیماران موجود در فهرست انتظار پیوند طول عمری بیش از ۱۲ ماه متصور نیست.

بیماریهای وخیم دیگر، به ویژه سرطانها (که ممکن است با تضعیف ایمنی تشدید شوند) و همچنین عفونت فعال در زمان پیوند یا تست HIV مثبت (ابتلا به ایدز)، کنترااندیکاسیون انجام پیوند هستند.

نیاز به زندگی با یک عضو پیوندی همراه با داروهای فراوان و مراقبت طولانی مدت در بیمارستان، مستلزم درجاتی از ثبات روانی - اجتماعی است. عدم رعایت دستورات بهداشتی - درمانی مربوطه، در زمانی که بیمار احساس بهبودی می‌کند، عاملی است که در درازمدت سبب ردّ پیوند می‌شود.

سرانجام، بسیاری از اعمال پیوند در محدودهٔ سنی خاصی (که اغلب حدود ۶۰ سالگی است) انجام می‌شود و البته این رقم در مورد پیوند کلیه بالاتر است.

با توجه به همهٔ معیارهای فوق، بیمارانی را باید انتخاب کرد که بیشترین طول عمر را با عضو پیوندی داشته باشند. چنین تعصب و قاطعیتی با توجه به کمبود اعضای دهنده اجتناب ناپذیر است. اما این مسئله در مورد پیوند مشکل آفرین است زیرا تفهیم این امر برای بیماری که می‌داند درمانی جز پیوند ندارد و امکان پیوند نیز فراهم نیست بسیار نومید کننده خواهد بود.

«گیرندگان پیوند» و مسائل اختصاصی «حالت تضعیف ایمنی» مشکلات فزاینده‌ای هستند که پزشک عمومی با آنها روبه‌رو می‌شود.

اندیکاسیونهای اختصاصی برای هر عضو را می‌توان مشخص کرد

کلیه (Kidney): با اینکه هر بیماری که تحت دیالیز قرار دارد ـ یا در آینده دیالیز خواهد شد ـ می‌تواند متقاضی پیوند باشد، تنها ۵۰ درصد آنان متقاضیانی مناسب به شمار می‌آیند. نیمی از دریافت کنندگان پیوند، مبتلا به یکی از شکلهای مختلف گلومرولونفریت (Glomerulonephritis) خواهند شد.

با این حال، هر روزه تعداد بیشتری از مبتلایان به بیماری نفروپاتی دیابتی تحت عمل جراحی پیوند قرار می‌گیرند. این گروه، گروه پر خطری به شمار می‌روند و گرچه در برخی مراکز، پیوند همزمان کلیه و پانکراس (لوزالمعده) برای آنان انجام می‌شود، اما، غالباً نتایج این کار نومید کننده است و انجام این روش، کماکان مورد بحث و اختلاف نظر است.

کبد (Liver): اندیکاسیونهای پیوند کبد، نارسایی کبدی ناشی از سیروز کریپتوژن، سیروز صفراوی اولیه یا هپاتیت مزمن است. پیوند کبد در اطفال، رشته‌ای در حال گسترش است و بیش از نیمی از پیوندها در شیرخواران دچار آترزی مجاری صفراوی انجام می‌گیرد. تعداد فزاینده‌ای از اعمال پیوند کبد به علت نارسایی شدید و برق‌آسای (Fulminating) کبد انجام می‌گیرد که در این حال تنها حدود ۲۴ تا ۴۸ ساعت زمان وجود دارد که بتوان قبل از آنکه انسفالوپاتی کبدی منجر به کُمای غیر قابل برگشت شود، عمل پیوند را انجام داد. مبتلایان به بیماری الکلی کبد را که با دقت فراوان انتخاب شده‌اند، می‌توان به‌طور موفقیت‌آمیز تحت عمل پیوند قرار داد و زمینهٔ انجام این عمل در آینده گسترش خواهد یافت. نتایج پیوند کبد به دنبال تومورهای بدخیم آن کماکان نومید کننده است و اکثر مبتلایان ظرف ۲ سال به علت عود تومور می‌میرند.

قلب (Heart): نارسایی غیر قابل برگشت قلب ـ با هر علتی ـ می‌تواند اندیکاسیون پیوند باشد. با این وجود، عملاً ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران، مبتلا به کاردیومیوپاتی اتساعی هستند که ممکن است متعاقب میوکاردیت ویروسی ایجاد شده باشد. درصد مشابهی نیز مبتلا به مراحل انتهایی بیماری ایسکمیک قلب هستند.

ریه (Lung): بیماران دچار عفونت ریه که معمولاً نوجوانان و بالغین جوانی هستند که به مراحل انتهایی فیبروز کیستیک رسیده‌اند، نیاز به جایگزینی هر دو ریه دارند. عملی که در این مورد انجام می‌گیرد «پیوند هر دو ریه» نام دارد که در آن دو ریه (از یک فرد دهنده) به بدن بیمار پیوند می‌شود. عمل نسبتاً ساده‌تر «پیوند ترکیبی قلب و ریه» را نیز می‌توان انجام داد. این عمل، در حال حاضر معمولاً برای مبتلایان به نارسایی قلب و بیماری عروق ریوی (یا فشار خون بالای اولیهٔ عروق ریه یا ثانوی به بیماریهای مادرزادی قلب در کمپلکس آیزنمنگر (Eisenmenger Complex) انجام می‌شود.

بهترین درمان بیماریهای غیر عفونی (از قبیل آلوئولیت فیبروزان کریپتوژن و برخی از شکلهای آمفیزم) پیوند یک ریه است. وجود عفونت در ریهٔ مقابل و بیماریهای شریان کرونر، از جملهٔ کنترااندیکاسیونهای انجام پیوند به‌شمار می‌روند.

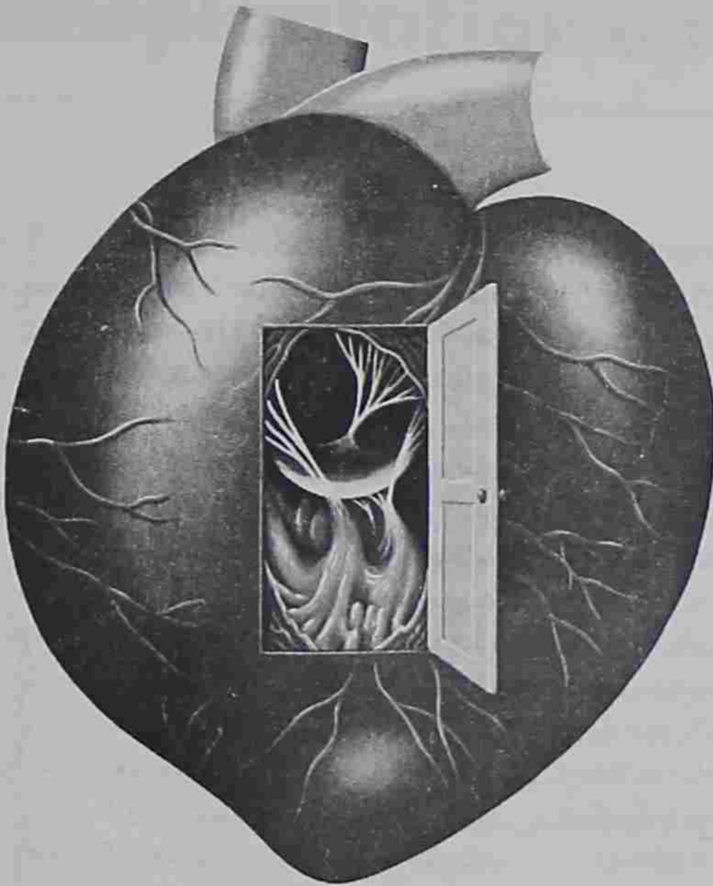
نیاز به افراد دهندهٔ عضو

بسیاری از بیمارانی که دچار مرگ مغزی هستند، افراد مناسبی به‌عنوان «دهنده‌های عضو» به‌شمار نمی‌روند و به‌عنوان مثال ممکن است بیماری بدخیم داشته یا دچار نارسایی چندین سیستم باشند. در یک بررسی اخیر، تنها ۵۰ درصد این گونه موارد قابل استفاده بود. در همین مطالعه نشان داده شد که حدود ۳۰ درصد موارد بستگان این افراد، مخالف اهداء عضو بودند و در ۵ تا ۱۰ درصد موارد دیگر نیز به علت عدم درخواست اهدای عضو از طرف پرسنل پزشکی یا پرستاری امکان پیوند احتمالی عضو از بین رفت.

در سال ۱۹۸۹ (آخرین سالی که آمار کامل آن از طریق U.K. Transplant Support Service موجود است) ۹۸۰ نفر دهندهٔ عضو وجود داشتند که قلب آنها زنده بود. از این تعداد، فقط ۴۸۰ نفر به اصطلاح «دهندهٔ چند عضو» بودند، به‌طوری که این امکان وجود داشت که از اعضای دیگری علاوه بر کلیهٔ آنان استفاده به‌عمل آورد. در همین سال، ۲۹۸ مورد پیوند کبد و ۳۳۷ مورد پیوند قلب انجام شد که به‌ترتیب حدود ۵/۲ و ۵/۹ به ازای یک میلیون نفر جمعیت بود. در حالی که با استفاده از معیارهای قابل استناد فعلی، نیاز پیش بینی شده برای این گروهها ۲۰ مورد به ازای یک میلیون نفر، و در مورد پیوند کلیه ۷۰ مورد به ازای یک میلیون نفر بود.

بدون پدید آمدن تغییرات بارز و قابل توجه در عادات و رفتار مردم یا در

* اساس درمان در بیمارانی که تحت عمل جراحی پیوند عضو قرار می‌گیرند، مصرف سه نوع دارو است.



نحوهٔ قانون گزاری، نمی توان به موفقیتهای بیشتری دست یافت. در مورد پیوند قلب، این نکته را آمار نشان داده و به اثبات رسانده است که رشد مداوم آن در سالهای دههٔ ۱۹۸۰ متوقف شده است.

نتایج پیوند

تاثیر شگرف پیوند بر پیش آگهی بیماری (که از حالت نومیدی و یأس به نتیجه‌ای عالی تبدیل می شود) در تقریباً هیچ یک از دیگر رشته های پزشکی نظیر ندارد. در مورد بیماران پیوند قلب، احتمال قریب به یقین مرگ ظرف یک سال، به طول عمر ۸۰ تا ۸۵ درصد در همان مدت تبدیل می شود. احتمال زنده بودن بیمار دریافت کننده پیوند ریه در یک سال ۶۰ تا ۷۰ درصد و در مورد پیوند کبد ۷۰ تا ۸۰ درصد است. بیش از ۹۰ درصد دریافت کنندگان پیوند کلیه یک سال زنده می مانند و در صورت نارسا شدن عضو و یا ردّ غیر قابل کنترل پیوند، می توان مجدداً از دیالیز کمک گرفت.

در درازمدت، عوارض ناشی از تضعیف ایمنی و بعد از آن رد مزمن پیوند باعث از بین رفتن تدریجی اما غیر قابل اجتناب بیماران می شود. بنابراین اگر ۷۰ درصد گیرندگان پیوند قلب به مدت پنج سال زنده بمانند احتمالاً فقط ۳۰ یا ۴۰ درصد ۱۰ سال زنده خواهند ماند و همین میزان کاهش در مورد سایر اعضا نیز وجود دارد. در این حالت پیوند مجدد نیز نقش محدودی دارد هر چند که مورد اختلاف نظر است.

اثرات تضعیف ایمنی

اساس درمان در اکثر بیماران را مصرف سه دارو تشکیل می دهد که لااقل دو مورد از این داروها باید تا آخر عمر مصرف شوند:

۱ ـ سیکلوسپورین A (Cyclosporin A): این دارو محور اساسی روش نوین تضعیف ایمنی است و عامل عمدهٔ افزایش چشمگیر طول عمر پیوند، از سال ۱۹۸۱ به این سو است. این دارو سمّیت کلیوی داشته، اکثر بیماران لااقل درجات خفیفی از اختلال عملکرد کلیوی دارند. این اختلال در مراحل اولیه قابل برگشت است، اما ممکن است به طور تدریجی و بی سروصدا پیشرفت کند و لذا بررسی مداوم عملکرد کلیه لازم است.

عارضهٔ مهم دیگر این دارو، ایجاد فشار خون بالا است، به طوری که تا ۹۰ درصد بیماران به داروهای پایین آورندهٔ فشار خون نیاز خواهند داشت. در این زمینه داروهای متضاد گیرنده‌های کلسیم، داروهای انتخابی هستند زیرا سمّیت کلیوی سیکلوسپورین را نیز کاهش می دهند. مشکل دیگری که در کودکان و نوجوانان بروز می کند، هیپر تروفی لثه و هیرسوتیسم (پُرمویی) است. بسیاری از داروها در متابولیسم سیکلوسپورین دخالت می کنند و لذا برای تغییر دُز داروها باید با مرکز پیوند مشاوره نمود.

۲ ـ آزاتیوپرین (Aza thioprine): با مصرف این دارو (با دُز ۰/۵ تا ۲/۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن) تعداد کل گلبولهای سفید را باید در حد ۵ تا ۷ هزار در میکرولیتر تنظیم کرد. امّا، برخی از بیماران ممکن است دچار دپرسیون

(کاهش عملکرد) مغز استخوان با همهٔ مشخصات معمول آن شوند.

۳ ـ پردنیزولون (Prednisolone): مجموعهٔ کامل عوارض جانبی استروئیدها را می توان در گیرندگان پیوند مشاهده کرد. دُز مصرف این دارو بین ۵ تا ۲۵ میلی گرم در روز است و مشکلات خاص ناشی از مصرف آن عبارتند از: آکنه، استئوپورز (Osteoporosis)، چاقی، و فشار خون بالاست.

عفونت در گیرندگان پیوند

فرد دریافت کننده، که سیستم ایمنی وی تضعیف شده، در معرض عفونت با ارگانیسمهای فرصت طلب و نیز عواملی که به طور معمول ایجاد عفونت می کنند قرار دارد.

شیوع عفونتهای ویروسی سادهٔ مجاری تنفسی فوقانی در گیرندگان پیوند، به همان اندازهٔ مردم عادی است و می توان به کمک روشهای حمایتی آنها را کنترل کرد. بدون وجود نشانه های درگیری ریه، نیازی به مصرف آنتی بیوتیک نیست. در صورت گرفتاری مجاری تنفسی تحتانی باید لااقل یک رادیو گرافی قفسهٔ سینه، رنگ آمیزی گرم و کشت خلط تهیه کرد. آنتی بیوتیکهای با طیف وسیع را نباید در همهٔ موارد به کار برد و به ویژه قبل از بررسی خلط نباید آنتی بیوتیک تجویز کرد. واکسنهای ویروسی کشته شده (مانند آنفلوانزا) را می توان به طریق معمول تجویز کرد. اما از تجویز واکسنهای زندهٔ ضعیف شده (مانند واکسن رایج فلج اطفال) باید خودداری کرد.

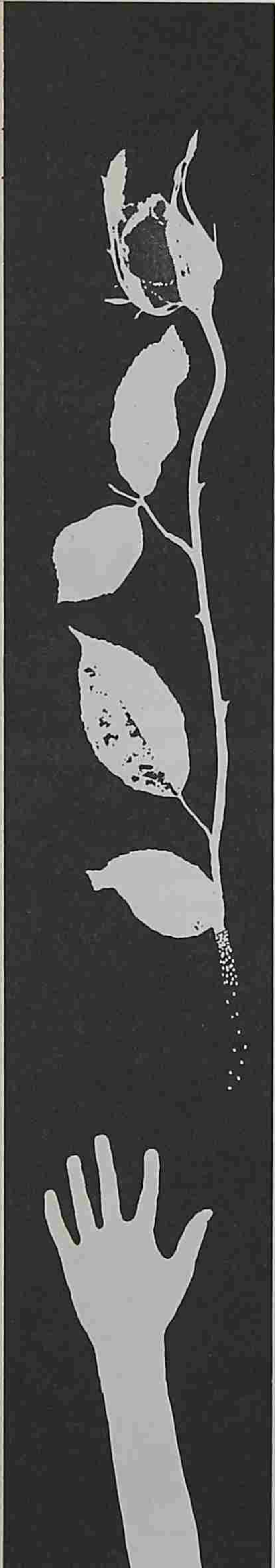
پنوموسیستیس کارینئی (Pneumocistis carin) مهمترین عفونت فرصت طلب در ریه است و در بسیاری از مراکز پیشگیری طولانی مدت با کوتریموکسازول به صورت مصرف ۲ یا ۳ روز در هفته توصیه می شود. تشخیص این عفونت معمولاً نیاز به شستشوی (lavage) برونکو آلوئولر دارد و با مشاهدهٔ مشخصات تیپیک تنگی نفس و هیپوکسی همراه با رادیوگرافی پاک ریه ها، باید بیمار را سریعاً به بیمارستان رسانید.

غالباً در سه ماه اول بعد از پیوند، به منظور پیشگیری از عفونت هرپس (Herpes) و ویروس Epstein-Barr از آسیکلوویر (Acyclovir) استفاده می شود. این دارو در موارد بروز عفونت تبخال ساده یا زونا مفید است و برای پیشگیری از شکلهای منتشر بیماری (که افراد با ایمنی ضعیف شده در معرض آن قرار دارند) باید از دُزهای بالای خوراکی استفاده کرد.

به طور کلی، در مورد عفونتهای خفیف یا سطحی می توان از روشهای معمول استفاده کرد. اما در مورد هر عفونت مهم باید بررسی و درمان وسیع و کامل انجام شود. استفاده بی رویه از آنتی بیوتیکهای با طیف وسیع که اغلب «به علت تضعیف ایمنی بیمار» تجویز می شوند، باعث رشد ارگانیسمهای مقاوم یا قارچها (کاندیدا) می شود که ممکن است درمان آن در گیرندگان پیوند مشکل یا غیر ممکن باشد.

سرانجام، تب ممکن است اولین نشانهٔ رد عضو پیوندی باشد.

* تب ممکن است اولین نشانهٔ رد عضو پیوندی باشد.



بیماری آلزایمر

Alzheimer

Alzheimer's disease

Recognizing and treating a frustrating condition

دکتر ابطحی - دکتر کریم‌زاده

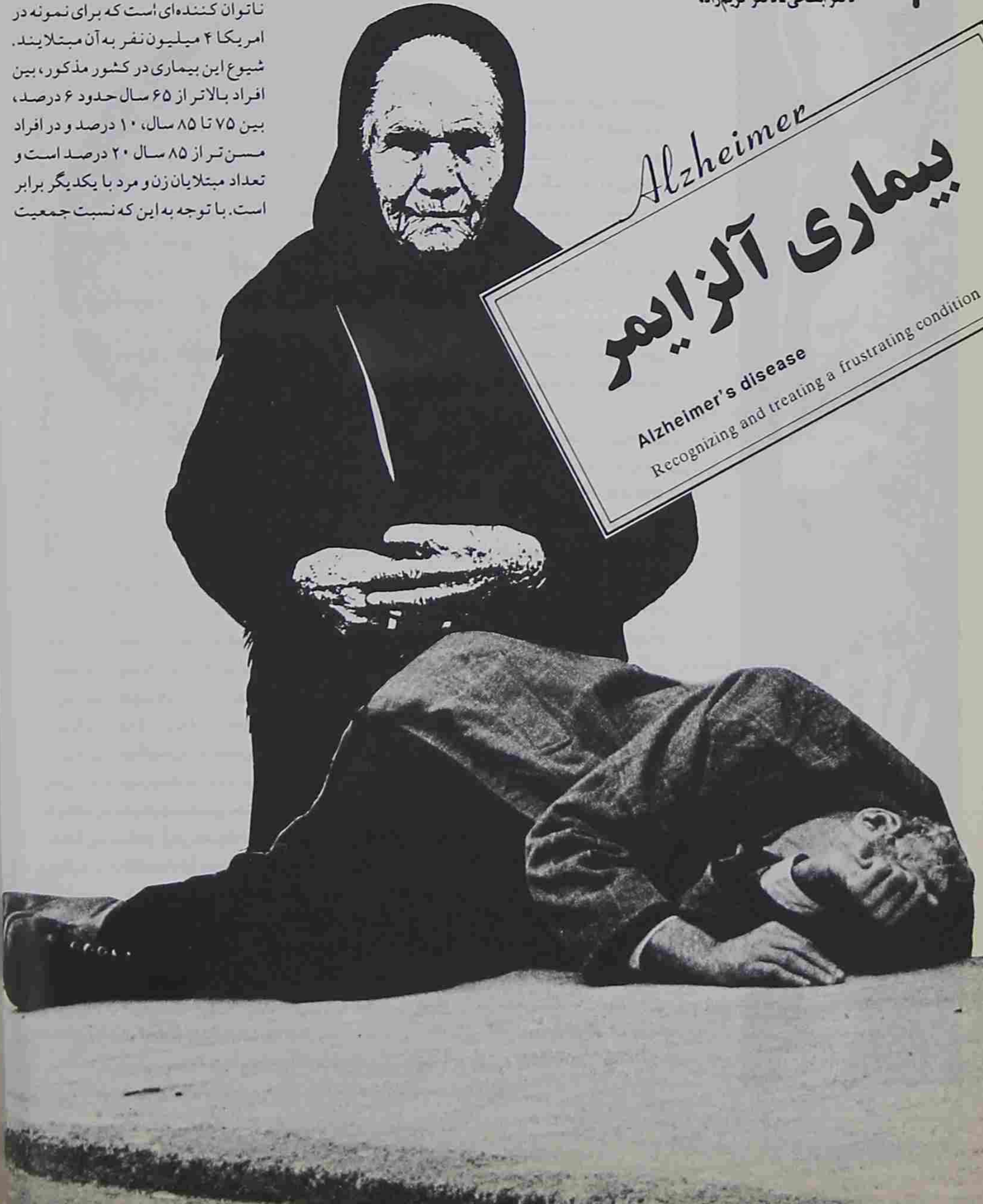
مقدمه

سیر مشخص بیمار آلزایمر چگونه است؟
تحت چه شرایطی باید تشخیص احتمالی بیماری آلزایمر را مطرح کرد؟
آیا داروهایی که به بهبود حال این بیماران کمک کند وجود دارد؟

این مقاله کوشش می کند به این سئوالها و پرسشهای دیگری که ممکن است برای هر پزشک در برخورد با این بیماری لاعلاج پیش آید پاسخ دهد.

***

بیماری آلزایمر بیماری غم‌انگیز و ناتوان کننده‌ای است که برای نمونه در امریکا ۴ میلیون نفر به آن مبتلایند. شیوع این بیماری در کشور مذکور، بین افراد بالاتر از ۶۵ سال حدود ۶ درصد، بین ۷۵ تا ۸۵ سال، ۱۰ درصد و در افراد مسن‌تر از ۸۵ سال ۲۰ درصد است و تعداد مبتلایان زن و مرد با یکدیگر برابر است. با توجه به این که نسبت جمعیت



بالاتر از ۶۵ سال پیوسته رو به افزایش است، پیش بینی می شود در سال ۲۰۵۰ میلادی ۱۴ میلیون مورد بیماری آلزایمر در ایالات متحده وجود داشته باشد.

نیمی از تختهای آسایشگاهها در اشغال مبتلایان به بیماری آلزایمر است و هزینهٔ نگهداری از این بیماران سالانه متجاوز از ۲۵ میلیارد دلار است. سالانه بیش از ۱۰ هزار نفر در اثر ابتلای به این بیماری می میرند و **آلزایمر چهارمین علت مرگ در میان امریکاییهای گروه سنی ۷۵ تا ۸۴ سال است.**

بیماری آلزایمر در افراد جوان دیده نمی شود و در میانسالان نادر است. با این حال، این بیماری از عوارض اجتناب ناپذیر افزایش سن نیست. زیرا، بسیاری از افراد مسن هرگز دچار اختلال ذهنی و مغزی نمی شوند.

از لحاظ تاریخچه، عنوان «بیماری آلزایمر» ابتدا فقط برای دمانس پیشرونده‌ای اطلاق می شد که در اواخر دوران میانسالی (قبل از دورهٔ سنی کهولت) شروع می شد. نخستین بار Alois Alzheimer در سال ۱۹۰۷ این بیماری را در یک زن میانسال شرح داد و آن را دمانس پیش از کهولت (Presenile) نامید. بعدها پژوهشگران متوجه شدند که در بیماران مسنی که در اثر اختلال ذهنی پیشرونده می میرند، ضایعات مغزی مشابهی (از جمله دمانس پیش از کهولت) وجود دارد و از اینجا عنوان «دمانس دوران کهولت از نوع آلزایمر» مطرح شد. با این وجود، به نظر می رسد که هر دوی این بیماریها - بدون در نظر گرفتن سن شروع - یکی است و در این جا عبارت «بیماری آلزایمر» برای مبتلایان در همهٔ گروههای سنی به کار می رود.

تظاهرات بالینی

بیماری آلزایمر سیر تدریجی و بی سروصدایی دارد. علامت اصلی آن فراموشی با پیشرفت آهسته است که غالباً با علائم انزوای اجتماعی همراه است. به علت شروع تدریجی علائم، هم بیمار و هم خانواده‌اش نمی توانند زمان شروع دقیق آن را بیان کنند.

* **سیر بیماری:** نخستین چیزهایی که بیمار فراموش می کند نام آشنایان دور، شماره تلفن، غذاهایی که اخیراً خورده، یا وقایع جزئی گذشتهٔ دوردست است. در این فاصله زمانی، بیمار کماکان می تواند به شغل خود ادامه دهد، وظایف جزئی و کوچک را بدون برخورد با اشکال انجام دهد و ارتباط اجتماعی برقرار کند.

با گذشت زمان، بیمار در کار خود مرتکب اشتباه می شود، قرارها را فراموش می کند و تصمیمگیری برای او مشکل می شود. مشکل قضاوت برای بیمار پیش می آید و غالباً نمی تواند پول خود را به خوبی حفظ کند یا محاسباتی انجام دهد و اطلاع وی از وقایع جاری کاهش می یابد. بیمار به تدریج مضطرب می شود و از ترس اینکه اشکالات وی آشکار شود، از هر موقعیت مسئولیت آفرینی اجتناب می کند. **در این حالت ممکن است بیمار به روانپزشک معرفی شود و تشخیص افسردگی مطرح شود.** با تستهای زیادی که انجام می گیرد، مشخص می شود که کاهش حافظه محدود به وقایع اخیر نیست بلکه تمام دهه‌های عمر را در گیر کرده است.

با کاهش توانایی کار بیمار، سایر عملکردهای مغز نیز دچار اشکال می شود. صحبت کردن بیمار مختل می شود و به صورت پریشان گویی (Rambling) در می آید و گاهی بیمار نمی تواند کلمه‌ای به زبان بیاورد (Anomia = عدم توانایی در پیدا کردن لغت مناسب برای بیان مقصود). بیماران ممکن است دچار Echolalia شوند. یعنی لغات و عبارات دیگران را تکرار می کنند و غالباً پرسشی را که از آنان می شود بارها تکرار می کنند. سرانجام بیمار دچار Agraphia (عدم توانایی بیان افکار به‌صورت نوشته) و Alexia (عدم توانایی در کزبان نوشتاری) می شود. مدتی بعد بیمار نمی تواند جملات را ادا کند و صحبت وی مرتباً قطع می شود زیرا پیوسته دنبال هر لغت می گردد و نتیجهٔ نهایی این امر Aphasia (عدم توانایی صحبت کردن) است.

مهارتهای ریاضی بیمار نیز سیر نزولی مشابهی دارد. بیمار در ابتدا ممکن است قادر به انجام محاسبات، اطلاع از سرعت اتومبیل، یا شمردن تعداد قرصهایی که هر روز می خورد نباشد. با گذشت زمان توانایی مهارتهای ریاضی بیمار به کلی از بین می رود که این حالت Acalculia نام دارد.

در اوایل بیماری، هذیان پارانوئید (سوءظن) شایع است و گاهی با توهماتی همراه است. بیمار تصور می کند اعضای خانواده دزد یا خیانتکار بوده یا تلاش می کنند به وی آسیب برسانند. غالباً

※ با پیشرفت بیماری آلزایمر و پشت سر گذاردن مراحل اولیه، جهت یابی «بینایی - فضایی» (*Visuospatial Orientation*) بیمار مختل می شود.

※ شصت درصد بیماران مبتلا به دمانس، دچار بیماری آلزایمر هستند.

※ مشخصهٔ آسیب شناختی اصلی بیماری آلزایمر ، از بین رفتن نورونها در کورتکس (قشر) مغز است.

بیمار نسبت به احساسات دیگران بی تفاوت است و با پیشرفت سیر بیماری دچار بی قراری و ناآرامی (آژیتاسیون) می شود یا ممکن است بسیار آرام و بی تفاوت شود.

با پیشرفت بیماری، جهت یابی بینایی - فضایی مختل می شود. بیمار به آسانی گم می شود و در اطراف منزل خود سرگردان می شود. بیمار چپ و راست را تشخیص نمی دهد و نمی تواند به طور مناسب لباس بپوشد. بیمار حتی نحوهٔ استفاده از لوازم معمولی از قبیل وسایل آشپزخانه را فراموش می کند و در نهایت بیمار دچار Apraxia (عدم توانایی انجام یک دستور، به رغم وجود قدرت عضلانی برای انجام آن) می شود.

در اواخر بیماری، بیمار احساس مناسب بودن امور در ارتباطات اجتماعی را از دست می دهد. بیمار ممکن است مانند کودکان اعضای بدن خود را آشکار کند یا در منظر عمومی دفع مدفوع کند. بیمار ممکن است از خوردن غذا، حمام کردن، لباس پوشیدن یا مسواک زدن امتناع کند.

در مراحل نهایی بیماری آلزایمر، بیمار نمی تواند وقایع مهم زندگی یا نام اعضای نزدیک خانواده را به یاد آورد و جهت یابی نسبت به زمان و مکان را از دست می دهد. بیمار از خوردن غذا اجتناب می کند و وزن بدن او به سرعت کاهش می یابد. بیمار باید به طور کامل و تمام وقت در آسایشگاه تحت مراقبت باشد و غالباً علائم عصبی موضعی (Focal) ظاهر می شود. بیماران در راه رفتن مشکل دارند و غالباً زمین می خورند، در نتیجه شکستگی استخوان یا زخم بستر (Bed Sore) در آنان زیاد است. بیمار دچار بی اختیاری ادرار و مدفوع شده و به فردی که از او مراقبت می کند کاملاً وابسته می شود. مرگ این بیماران غالباً در اثر عفونت ادراری یا ذات الریه (پنومونی) است.

این بیماری معمولاً ۵ تا ۱۰ سال طول می کشد و نهایتاً منجر به مرگ می شود. میدان بینایی فرد در این مدت



سالم باقی می ماند، در صورتی که بیمار دچار کاهش میدان بینایی شود، تشخیص بیماری آلزایمر صحیح نبوده است یا عارضه‌ای از قبیل سکتهٔ مغزی، تومور یا هماتوم ساب دورال (زیر سخت

شامه) بر سیر بیماری اضافه شده است. همچنین، در سیر بیماری اختلال حسی یا اختلال رفلکسهای وتری (تاندونی) عمقی وجود ندارد. در اواخر بیماری رفلکسهای غیر طبیعی Grasping و Sucking ظاهر می شود. در این زمان رفلکسهای وتری عمقی تغییر جزئی می کنند و رفلکس کف پایی (بابنسکی)

تقریباً همیشه به صورت فلکسور باقی می ماند. تاکید می شود که اختلال حسی واقعی یا آتاکسی مخچه‌ای در سیر بیماری وجود ندارد.

۲ ـ Dysnomia ـ این اشکال در ابتدا به صورت فراموش کردن برخی لغات، به خصوص اسامی خاص، ظاهر می شود. سایر اجزاء زبان تا حدی دست نخورده است اما طولی نمی کشد که مشخص می شود، بیمار آنچه را که می شنود یا می خواند، درک نمی کند. در عین حال، حافظهٔ غیر گفتاری و توانایی

۵ ـ اختلال راه رفتن ـ راه رفتن اکثر بیماران تا اواخر بیماری طبیعی است. با این حال، در عدهٔ کمی راه رفتن با قدمهای کوتاه و اختلال تعادل در اوایل بیماری وجود دارد و برخی به همین علت به پزشک مراجعه می کنند.

* * *

علائم عصبی سیر بیماری لزوماً به ترتیبی که قبلاً ذکر شد ظاهر نمی شود. ممکن است یک اختلال عصبی خاص بارزتر باشد و ظاهراً علت آن این است که فرآیند بیماری منطقهٔ خاصی از مغز را زودتر و شدیدتر از سایر مناطق درگیر



* داروهای متسع کنندهٔ عروق، داروهای محرک، دوز بسیار زیاد ویتامینها و لسیتین هیچ گونه ارزشی در درمان بیماری آلزایمر ندارند.

* داروهایی که اثرات ضد کولینرژیک بارز دارند می توانند بیماری آلزایمر را تشدید کنند.

*** گروهبندی نقایص عصبی:**
به طور کلی پنج گروه اشکال ذهنی در بیماری آلزایمر وجود دارد:

۱ ـ حالت فراموشی کورساکوف (Korsakoff) ـ در مراحل اولیهٔ بیماری آلزایمر تنها اختلال حافظهٔ نگهدارنده (Retentive) وجود دارد، در حالی که سایر مهارتهای فکری اشکالی ندارند. حافظهٔ فوری بیمار (که آزمایش آن به صورت توانایی تکرار یک سلسله عدد، حرف یا نام اشیاء است) اساساً اشکالی ندارد. و تنها حافظهٔ طولانی تر یا نگهدارنده است که مختل می شود. در مراحل آخر حافظهٔ نگهدارنده به قدری مختل می شود که بیمار از آنچه یک دقیقه قبل یاد گرفته بود چیزی به خاطر نمی آورد.

محاسبه و انجام قضاوت ساده به خوبی حفظ شده است.

۳ ـ اختلال جهت یابی فضایی ـ این اختلال عمدتاً لوب پاریتال (آهیانه) مغز را درگیر می کند. بیمار دیگر قادر به انجام اعمال حرکتی روزمره از قبیل پوشیدن لباس، حمام کردن، یا حرکت به سوی گوشهٔ اتاق نیست.

۴ ـ پارانویی (سوءظن) و سایر تغییرات شخصیتی ـ بیمار غالباً فکر می کند همسرش به وی خیانت می کند و افرادی که آنها را دوست داشته، در صدد آسیب رساندن به وی هستند. عاطفه (Affect) بیمار به صورت هیپومانیک یا متغیر در می آید.

می کند. به این ترتیب پیش از ظهور سندرم (مجموعهٔ علایم) کامل دمانس، بیمار به علت یک اختلال نسبتاً موضعی به پزشک مراجعه می کند. با این همه، بین تمام گروههای نقایص عصبی، لااقل درجاتی از اختلاط وجود دارد و مرز دقیقی بین آنها موجود نیست. اگر نقایص عصبی بیمار فقط متعلق به یکی از این گروهها باشد و عوارضی از گروههای دیگر در سیر بیماری ظاهر نشود، پزشک باید به دنبال بیماریهای عصبی دیگر باشد و تشخیص بیماری آلزایمر را نادرست در نظر بگیرد.

تشخیص

شصت درصد مبتلایان به دمانس دچار بیماری آلزایمر هستند. چون بیماری آلزایمر قابل علاج نیست، پزشک باید تشخیص صحیح داده باشد و سایر انواع دمانس قابل درمان را رد کرده باشد.

در موارد دمانس با شروع تدریجی و سیر پیشرونده باید تشخیص بیماری آلزایمر را در نظر داشت. دورهٔ بیماری آلزایمر به‌طور معمول بین ۴۰ و ۸۰ سالگی و غالباً بعد از سن ۶۵ سالگی است.

گروه کاری «انجمن انستیتوی ملی اختلال عصبی و رفتاری و سکته مغزی و بیماری آلزایمر و اختلالات وابسته» معیارهای تشخیص بالینی بیماری آلزایمر را مورد تجدید نظر قرار داده است. طبق این معیارها تشخیص قطعی با اتوپسی (کالبد شکافی پس از مرگ) یا بیوپسی مغز داده می‌شود.

معیارهای تشخیص احتمالی بیماری آلزایمر عبارتند از:

- وجود اشکال در دو یا چند زمینهٔ شناختی

- شروع تدریجی و بی سروصدای بیماری

- سیر پیشروندهٔ بدتر شدن حافظه و سایر عملکردهای شناختی و سطح هشیاری طبیعی.

علاوه بر این، بیماریهای سیستمیک و بیماریهای مغزی دیگر را که می‌توانند سیر پیشروندهٔ اختلال حافظه و تفکر را توجیه کنند باید رد کرد. گاهی افسردگی به صورت اختلال ظاهری توانایی تفکر همراه با دمانس تظاهر می‌کند. هیپوتیروئیدی (کم کاری تیروئید) ممکن است دقیقاً مشابهٔ بیماری آلزایمر باشد. یعنی، تظاهر هر دو بیماری می‌تواند به صورت شروع تدریجی خواب‌آلودگی، کاهش عملکرد هوشی، کاهش ارتباط اجتماعی، آهسته شدن عملکرد حرکتی و کاهش اشتها باشد.

تشخیص بیماری آلزایمر با احتمال کمتر هنگامی ظاهر می‌شود که بیمار معیارهای «بیماری آلزایمر احتمالی» را داراست. اما سیر بیماری دستخوش نوساناتی است یا نوعی بیماری سیستمیکی وجود دارد که دمانس بیمار را توجیه می‌کند.

در بررسی تشخیصی بیماری آلزایمر باید شرح حال دقیق گرفت و معاینهٔ فیزیکی و عصبی کامل انجام داد (شامل بررسی وضعیت ذهنی) و داروهایی را که بیمار مصرف می‌کند مورد ارزیابی قرار داد. در جدول ۱ تستهای تشخیصی بررسی دمانس به‌طور فهرست‌وار ذکر شده است.

ممکن است دمانس بیش از حد واقعی تشخیص داده شود و این امر به خصوص در مورد بیماران مسن‌تر یا افرادی که آموزش درستی ندیده‌اند صادق است. تست Mini-Mental State غالباً به افتراق دمانس از اختلالات عاطفی (Affective) کمک می‌کند (جدول ۲). بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی معمولاً بیشتر از ۲۴ نمره کسب می‌کنند، در حالی که نمرهٔ مبتلایان به دمانس کمتر از این حد است.

یک تست مناسب برای بررسی Dysnomia آزمون نامیدن متوالی اشیاء در یک گروه است. به بیمار یک دقیقه



فرصت داده می‌شود که در هر گروه خاص تا جایی که می‌تواند اسامی و عناوینی را نام ببرد. این گروهها شامل سبزیها، ابزار، وسایل، و پوشاک است. همهٔ بیماران دچار آلزایمر ناتوان از اشاره کردن به حداقل ۵۰ اسم و عنوان هستند.

مشخصات آسیب شناختی

پاتولوژی اختصاصی بیماری آلزایمر کاملاً مشخص است و مشخصهٔ عمدهٔ آن کاهش و از بین رفتن نورونها در کورتکس (قشر مغز) است. این امر منجر به آتروفی مغز به خصوص در نواحی فرونتال (پیشانی) و تمپورال (گیجگاهی) می‌شود. در این نواحی است که اطلاعات جدید به صورت یک مجموعه در می‌آید و بازیابی حافظه انجام می‌گیرد.

مشخصات میکروسکوپی بیماری آلزایمر به صورت پیچشهای نوروفیبریلر (Tangle Neurofibrillary) و Neurite است. ماهیت واقعی و علت پیدایش پیچشهای فیلامانی هنوز مشخص نشده است. اما به نظر می‌رسد که عامل مرگ نورونها باشد. ماهیت آنتی ژن این فیلامانها با نوروفیلامانهای طبیعی نورونهای سالم تفاوت دارد و به نظر می‌رسد به دلیل رسوب یک مادهٔ پاتولوژیک و غیر طبیعی باشد (و ناشی از تجمع بیش از حد اجزای طبیعی سلول نیست). بیشترین میزان این پیچشهای فیلامانی در ناحیهٔ تمپورال مغز قرار دارد که بیشترین میزان اعمال حافظه نگهدارنده نیز در این ناحیه است.

Neurite شامل کانونهای تجمع زائده‌های ضخیم نورونی در داخل کورتکس است. سالها این مجموعه را پلاک کهولت (Senile) می‌نامیدند. اما،

جدول ۱ ـ تستهای تشخیصی در بررسی دمانس

* CT اسکن سر
* الکترو انسفالوگرام (نوار مغز)، الکترو کاردیوگرام (نوار قلب)
* تستهای فونکسیون تیروئید، تعیین سطح سرمی ویتامین B12 و اسید فولیک
* شمارش کامل گلبولهای خون، سرعت رسوب گلبولهای قرمز و تستهای روتین هنگام بستری
* آنتی بادی ضد HIV، تست بیماریابی مسمومیت با فلزات سنگین و VDRL
* آزمایش کامل ادرار و رادیوگرافی قفسه صدری
* پونکسیون مایع مغزی ـ نخاعی (جهت رد کردن عفونتهای ویرال، انگلی یا قارچی)

جدول ۲ ـ آزمون *Mini - mental State*

عملکرد	کاری که بیمار باید انجام دهد	حداکثر نمره
جهت یابی	ـ چه سالی، فصل، ماه یا روزی است؟ ـ در کجا هستیم (استان، شهر، بیمارستان، طبقه)؟	۱۰
ثبت خاطره	سه شیء ساده را نام ببرید و از بیمار بخواهید که اسامی آنها را تکرار کند. این آزمون را تا زمانی که بیمار بتواند هر سه را صحیح نام ببرد تکرار کنید.	۳
توجه و محاسبه	از بیمار بخواهید ۷ تا ۷ تا از ۱۰۰ کم کند (یا اگر سواد کافی ندارد ۳ تا ۳ تا از ۳۰ کم کند). پس از ۵ پاسخ صحیح، آزمون را متوقف کنید.	۵
یادآوری	از بیمار بخواهید نام شیئی را که در قسمت ثبت خاطره گفته بودید تکرار کند.	۳
زبان	دو شیء ساده (سکه و قلم) به بیمار نشان بدهید و از وی بخواهید که آنها را نام ببرد. از بیمار بخواهید عبارت ساده‌ای را تکرار کند. یک دستور سه مرحله‌ای به بیمار بدهید: «بایست، سرت را شانه کن، دست بزن» از بیمار بخواهید جملهٔ زیر را بخواند و انجام دهد: «زبانت را بیرون بیاور». از بیمار بخواهید جمله‌ای بنویسد. از بیمار بخواهید از روی یک شکل نقاشی کند.	۹

امروزه پلاک Neurite نامیده می‌شود. در این پلاکها فیلامانهای مارپیچی جفت ـ شبیه آنچه که در سیتوپلاسم نورونهای بیمار در اطراف هسته یافت می‌شود ـ وجود دارد.

میزان آنزیم کولین استیل ترانسفراز در کورتکس مغز مبتلایان به بیماری آلزایمر کاهش یافته است. این آنزیم برای سنتز نوروترانسمیتر (واسطهٔ عصبی) به نام استیل کولین لازم است. میزان این آنزیم در نواحی تمپورال مغز و بخش قاعده‌ای قسمت قدام مغز (Forebrain) تا حد زیادی کاهش یافته است و نشانگر آن است که اختلال انتقال عصبی کولینرژیک می‌تواند نقشی در تظاهرات بالینی بیماری داشته باشد.

درمان

درمان بیماری آلزایمر غالباً نومید کننده است و هیچ گونه شواهدی به نفع موثر بودن هیچ یک از داروهایی که تاکنون به کار رفته وجود ندارد.

داروهای بسیاری برای درمان اختلال شناختی بیماری آلزایمر مورد بررسی قرار گرفته است. همانگونه که قبلاً اشاره شد نورونهای کولینرژیک مغز در ابتدای سیر بیماری به طور انتخابی تخریب می‌شود و فعالیت کولین استیل ترانسفراز درنسج مغز ۴۰ تا ۹۰ درصد کاهش می‌یابد. پیش سازهای کولینرژیک (از قبیل کولین) مورد استفاده قرار گرفته اما موفقیتی نداشته است. داروهای محرک سیستم انتقالی کولینرژیک ممکن است در برخی بیماران مفید باشد. با تجویز فیزوستیگمین سالیسیلات (Physostigmine Salicylate) که مانع از تخریب استیل کولین در سیناپس می‌شود، نمرهٔ آموزش شناختی در برخی بیماران بهبود می‌یابد. اما، تاثیر بالینی کلی دارو چندان جالب توجه نیست.

پژوهشگران انستیتو ملی بهداشت عقیده دارند که در آینده ترکیبهای دارویی ممکن است مفید واقع شود. در یک مطالعه که ۱۶ بیمار Selegiline Hydrochloride و یا فیزوستیگمین مصرف می‌کردند، نمرهٔ آزمون شناخت نور در بیمارانی که هر دو دارو را مصرف می‌کردند بیشتر از افرادی بود که هر یک از دو دارو را به تنهایی مصرف می‌کردند.

مصرف تتراهیدرو آمینوآکریدین (T.H.A.) که یک مهار کنندهٔ کولین استراز است و در سیستم عصبی مرکزی اعمال اثر می‌کند، اثرات سودمندی داشته است. در یک مطالعه ۱۲ نفر از ۱۴ بیماری که دارو را مصرف می‌کردند در عملکرد کلی، جهت‌یابی، حافظه و



* آلزایمر، چهارمین علت مرگ در میان امریکاییهای گروه سنی ۷۵ تا ۸۴ سال است.
* علامت اصلی بیماری آلزایمر، فراموشی با پیشرفت آهسته است.
* اعضای خانوادهٔ بیماران مبتلا به آلزایمر باید مطالبی در مورد این بیماری و نحوهٔ تطابق با آن فراگیرند.

نامیدن اشیاء بهبود نشان دادند. یک بررسی وسیع که در چند مرکز انجام می شد به دلیل افزایش غیر طبیعی آنزیمهای کبدی متوقف شد و نتایج مقدماتی این بررسی نشانگر آن بود که درمان موثری برای بیماری آلزایمر نیست.

ارگولوئید مسیلات (Ergoloid Mesylate) بسیار کم خطر بوده، در حال حاضر بیشترین دارویی است که برای مبتلایان به بیماری آلزایمر به کار می رود. البته اخیراً در یک بررسی Double Blind با کنترل توسط دارونما (پلاسبو) محققین نشان دادند که این دارو برای درمان بیماری آلزایمر موثر نیست. با این حال، در برخی از مطالعات قبلی نشان داده شده بود که ارگولوئید مسیلات باعث بالا رفتن خلق و خوی بیمار و لااقل کمی بهبود در انجام فعالیتهای روزمره می شود. برای بررسی این که آیا بیمار به دارو پاسخ می دهد یا نه، یک میلی گرم از آن روزی سه بار به مدت چندین ماه تجویز می شود.

استفاده از داروهای متسع کننده عروق مغزی یا محیطی، داروهای محرک مانند کافئین یا آمفتامین یا دوز بسیار بالای ویتامین ها (B کمپلکس، C یا E) هیچ گونه ارزشی در درمان بیماری نداشته است. لسیتین نیز با دوزهای بالا یا پایین موثر نبوده است.

چون هیچ داروی موثری برای درمان بیماری آلزایمر وجود ندارد، پزشکان توجه خود را معطوف اختلالات رفتاری و تغییرات خلقی بیمار می کنند. همراه علائم اختلال شناختی بیمار، علایمی از افسردگی، جنون (پسیکوز) و اضطراب ممکن است وجود داشته باشد و سبب اختلال و ناتوانی ذهنی بیشتری شود و در عین حال داروهای موثری برای کنترل این بیماریهای روانی وجود دارد. با این وجود، از مصرف داروهایی که اثرات ضد کولینرژیک شدید دارند (مانند آمی تریپتیلین هیدروکلراید Amitriptyline Hydrochloride) باید خودداری کرد زیرا سبب تشدید بیماری آلزایمر می شوند.

برای درمان اختلال رفتاری شدید می توان از داروهای ضد جنون (آنتی پسیکوز) استفاده کرد. داروهایی مانند تیوریدازین هیدروکلراید و کلرپرومازین هیدروکلراید که قدرت کمتری دارند، عوارضی از قبیل ایجاد حالت آرامش و خواب آلودگی (Sedation)، کاهش فشار خون وضعیتی و اثرات ضد کولینرژیک (خشکی دهان، احتباس ادرار، تاری دید، تپش سریع قلب) ایجاد می کنند. چون درمان و کنترل این عوارض در افراد مسن بسیار مشکل است، در وهلهٔ اول درمان از داروهای قویتر با دوز کمتر (مانند هالوپریدول یا فلوفنازین هیدروکلراید) استفاده می شود. پزشکی که این داروها را تجویز می کند باید به خاطر داشته باشد که افراد مسن نسبت به عوارض جانبی این داروها از قبیل کاهش فشارخون وضعیتی، افزایش حالت گیجی و منگی و واکنش های حاد مسیر خارج هرمی (از قبیل برادی کینزی، ریژیدیته و ترمور) بسیار حساسند.

استفاده از داروهای خواب آور برای خواباندن بیمار در طول شب ضروری است.

توصیه هایی برای افرادی که از بیماران آلزایمر مراقبت می کنند

گاهی رفتار بیمار نامتناسب بوده، باعث استرس فرد مراقب می شود. باید اعضای خانواده مطالبی در مورد بیماری و نحوهٔ تطابق با آن فرا بگیرند.

به طور کلی اگر بیمار قرار است در منزل بماند، بهتر است که تغییرات کمی در محیط او ایجاد شود. حفظ یک محیط آراسته و مرتب و برنامه فعالیتی که در روز در زمان معین انجام می شود به بیمار کمک می کند تا با محیط خود تطابق بهتری داشته باشد. مجموعه‌ای شامل اطلاعات مربوط به روز و تاریخ، برنامهٔ وقایع خانوادگی و تصاویر اعضای خانواده بسیار کمک کننده است. تابلوهایی که محل اشیاء و لوازم خانگی را نشان می دهد به بیمار کمک می کند تا آنها را در جای اشتباه نگذارد.

برای اینکه بیمار به خود و دیگران آسیب نرساند، باید تغییراتی در محیط زندگی او (از قبیل قفل کردن درها و خارج کردن اسلحه گرم، چاقو، کبریت و لوازم شکستنی از دسترس بیمار) انجام داد. با قفل کردن درهای بین اطاق بیمار و سایر نواحی منزل می توان از افتادن بیمار یا سرگردانی او در شب جلوگیری کرد. بیمار باید در طول روز فعالیت فیزیکی انجام دهد تا توان عضلات حفظ شود و جلو چرت زدن بیمار در طول روز را باید گرفت زیرا سبب می شود که بیمار شبها بیدار بماند.

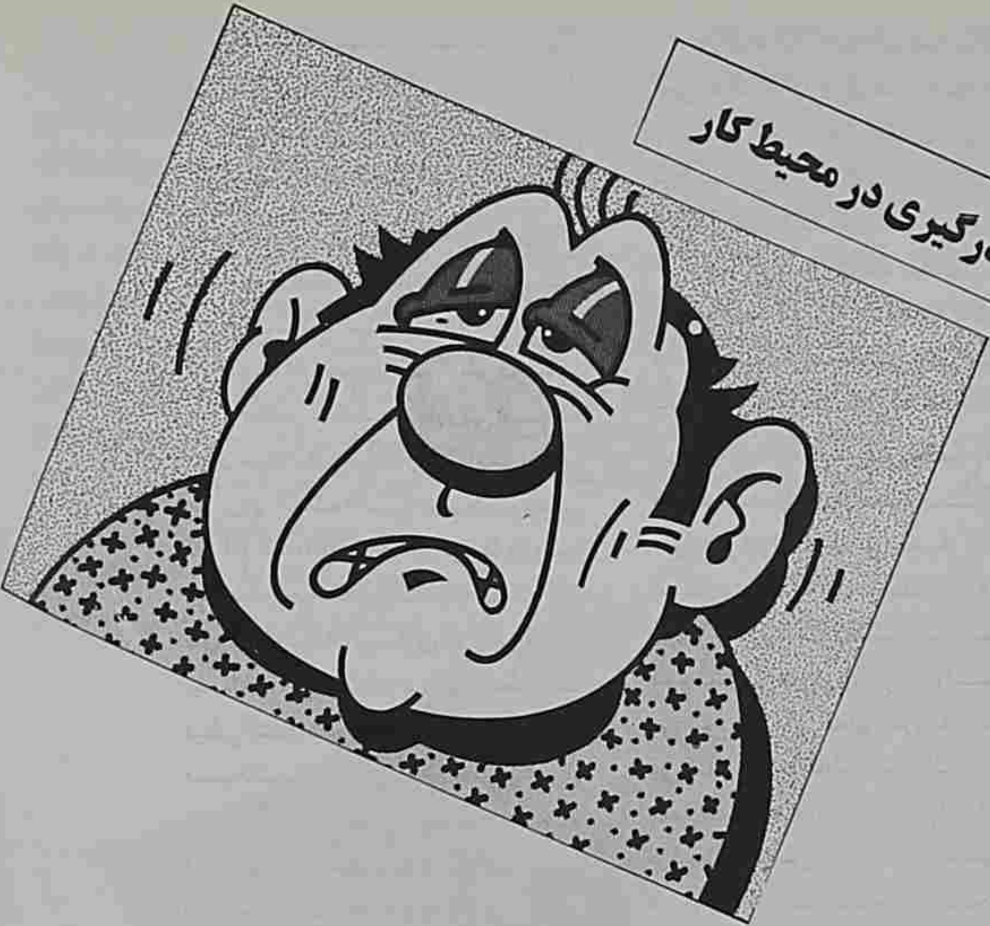


خلاصه

بیماری آلزایمر، بیماری پر هزینه‌ای است که تعداد زیادی از افراد مسن را مبتلا می کند و شیوع آن رو به افزایش است. علامت عمدهٔ این بیماری فراموشی پیشرونده است. البته سیر آن متغیر است و به ناحیه‌ای از مغز بستگی دارد که زودتر و شدیدتر مبتلا شده است.

در تشخیص بیماری آلزایمر باید ابتدا انواع دیگر دمانس قابل درمان و همچنین بیماریهای سیستمیک و عاطفی (Affective) و بیماریهای دیگر مغز را رد کرد. آزمونهای Mini-Mental State و نامیدن متوالی گروهی اشیاء غالباً به تشخیص بیماری کمک می کند.

شواهدی وجود ندارد که هیچ یک از داروهای مورد مطالعه برای درمان بیماری ارزش زیاد داشته باشد. اما داروهای مربوط به درمان افسردگی، جنون و اضطراب که ممکن است همراه اختلال شناختی باشد، می تواند مفید واقع شود. بیمارانی که از آنها در خانه مراقبت می شود نیاز به محیطی سازمان یافته و مرتب دارند که برای حفظ امنیت آنها تغییراتی در آن داده شده است.



فشارهای عصبی ناشی از درگیری در محیط کار

آیا شما هم فکر می کنید که یک دعوای خانوادگی با همسرتان می تواند بیش از یک دعوا و درگیری در محل کار ایجاد فشار عصبی کند؟ خیر! بر اساس تحقیقات انجام شده چنین چیزی نیست. در حقیقت درگیری در محل کار به مراتب باعث ناراحتی بیشتر می شود و حل و فصل آن هم مشکل تر است و بنابراین یک تهدید بالقوه برای طول عمر به حساب می آید. مطالعه بر روی زندگی ۶۶ زوج که توسط آقای رانالدسی کسلر استاد جامعه شناسی دانشگاه میشیگان- و ۳ نفر از همکاران وی انجام شد، نشان داد که به عنوان مثال همزیستی با یک همکار اداری شلخته که از دفتر کار مشترک استفاده می کنید، بسیار مشکل تر از همزیستی با یک همسر شلخته است و علت امر هم این است که در محل کار، نمی توان به ابراز خشم پرداخت و صحبت های بی پرده در مورد مسائل فیمابین کرد. در نتیجه، مشکلات و اختلافات آزاردهنده و بنیادی به صورت لاینحل باقی می مانند و باعث ایجاد فشار روحی و لطمه به سلامتی انسان می شوند. علاوه بر آن، روابط کاری به ندرت از پشتوانهٔ صمیمیت، محبت، تفاهم عمیقی که در روابط خانوادگی و زناشویی وجود دارد برخوردارند. این تحقیقات همچنین نشان داد که حتی «برخوردهای جزیی بین انسانها» به مراتب ناراحت کننده تر از خرابی دستگاهها و ماشین آلات دفتری یا خانگی است.

تقلب علمی

یک چهارم از پژوهشگران و دانشمندان در پاسخ به پرسشنامهٔ مجلهٔ علمی "Science" اعتراف کرده‌اند که در ده سال گذشته، در زمینهٔ تحقیقات علمی خود به روشهای گوناگون- از دزدی ادبی گرفته تا قلب نتایج مطالعات و یا جعل داده‌ها- دست به تقلب علمی زده‌اند. نیمی از دانشمندان اعتراف کرده اند که این تقلبها، هیچ گاه به درستی بر ملا نشده‌اند. مشکل تقلب علمی در امریکا بسیار بزرگ و عمده شده است.

اثر و علامت ژنتیکی افراد

گروه پروفسور پاتریس مانژن (موسسهٔ پزشکی قانونی دانشگاه لویی پاستور در استراسبورگ، فرانسه) دو ماه پس از سانحهٔ هوایی کوه سنت-اودیل، موفق به شناسایی ۸۷ جسد به جا مانده از سانحه، با استفاده از روش شناسایی اثر ژنتیکی شد. این گروه با استفاده از چنین روشی، حتی موفق به انجام آزمایشات سم شناسی

(توکسیکولوژی Toxicology)، مثل تخمین میزان الکل یا باقی ماندهٔ دارو در خون خلبانان این هواپیما شد که نتیجهٔ آزمایش در هر دو مورد منفی بود.

دربارهٔ آسپرین

* آسپرین، در شکلهای مختلف، از پر مصرف ترین داروهای جهان به حساب می‌آید. مردم جهان، در سال ۳۴۰۰ تُن! آسپرین مصرف می کنند که از این رقم، ۱۵۰۰ تُن مربوط به مصرف آسپرین در فرانسه است.

* در سال، ۳/۵ میلیارد قرص آسپرین تولید و مصرف می شود. برآورد شده که با این قرصها می توان گردنبندی ساخت و کرهٔ زمین را با آن تزیین کرد.

* آسپرین تنها دارویی است که از سوی فدراسیون پزشکی کمیتهٔ بین المللی المپیک، مصرف آن برای ورزشکاران مجاز شناخته شده و دوپینگ به حساب نمی آید.

* به خاطر خواص ضد گرما و ضد درد که آسپرین دارد، ورزشکاران از آسپرین استقبال می کنند. دوندگان دو سنگین ماراتن (به مسافت ۴۲ کیلومتر و ۱۹۵ متر) پیش از شروع مسابقه، قرص آسپرین می خورند و دیده شده که تا ۸ آسپرین را یک جا مصرف کرده‌اند.

* پزشکان توصیه می کنند که آسپرین را هرگز نباید با معدهٔ خالی مصرف کرد. چرا که باعث تحریک مخاط معده شده و دردهای شدید در پی دارد. آسپرین را باید با غذا و همراه یک لیوان آب (یا مایعات دیگر) مصرف کرد.

* آسپرین، به گلها و گیاهان هم خوب می سازد! کافی است هر چند گاه یک بار، یک قرص آسپرین را در آب حل کنید و در پای گل بریزید. در واقع، اسید سالسیلیک موجود در آسپرین می تواند قدرت مقابله با عوامل خارجی را در گلها و گیاهان افزایش دهد.



جراحی با دو جفت دستکش

* طبق مطالعات کالج پزشکی ویسکانسین: به دست کردن دو جفت دستکش توسط جراحان برای اعمال جراحی عمده، باید اجباری شود.

پژوهشگران دریافتند که آلودگی انگشتان به خون، از ۵۱ درصد در شرایط پوشیدن یک جفت دستکش، به ۷ درصد برای دو جفت دستکش کاهش می یابد و ۸۸ درصد جراحانی که دو جفت دستکش داشتند گفتند: احساس هیچ گونه کاهشی از نظر حساسیت لمسی (Tactile Sensilivity) نکرده‌اند.



مژده به بیماران دیابتی

دکتر رابرت شیلینگ از ایالت ایلینوی امریکا طریقهٔ جدیدی را برای رساندن انسولین به بیماران دیابتیک از طریق دهان (ORAL) کشف کرده است. این روش که شباهت زیادی به منبع انسولین بدن انسان دارد، نیاز به تزریق انسولین را برطرف کرده و می تواند یک شیوهٔ درمان انقلابی برای بیماری قند باشد. آقای دکتر شیلینگ اخیراً از طرف شرکت بی اف گودریچ به خاطر این کشف خود لوحهٔ افتخار دریافت کرده است.

دفتر اول به پایان آمد

... اما، به صدها دفتر چون این نیز نتوان گسترهٔ عظیم علوم پزشکی را، چنانکه باید و شاید باز گفت یا که به طور کامل پاسخگوی شوق و نیاز علاقه‌مندان، در عرصه‌ای بدینسان متنوع و پیچیده بود.

مجلهٔ پزشکی و جامعه گرچه به عنوان هوایی تازه در فضای مطبوعات ایران - به ویژه نشریات پزشکی - ارزیابی خواهد شد و از هیچ کوششی در هرچه پربارتر کردن محتوای خود فروگذار نکرده است، طبعاً در شماره‌های نخستین خالی از اشکال و ایراد و کاستی نخواهد بود.

صادقانه می گوییم که خواهان چشمپوشی نیستیم و بلکه خواستار انتقادیم! زیرا، نه شما به این اندازه که فراهم آمده رضایت خاطر حاصل می کنید و نه وظیفه و مسئولیت دست اندرکاران مجله به همین حد و مرز خاتمه می یابد. هیهات، که راه تکامل بی‌انتهاست.

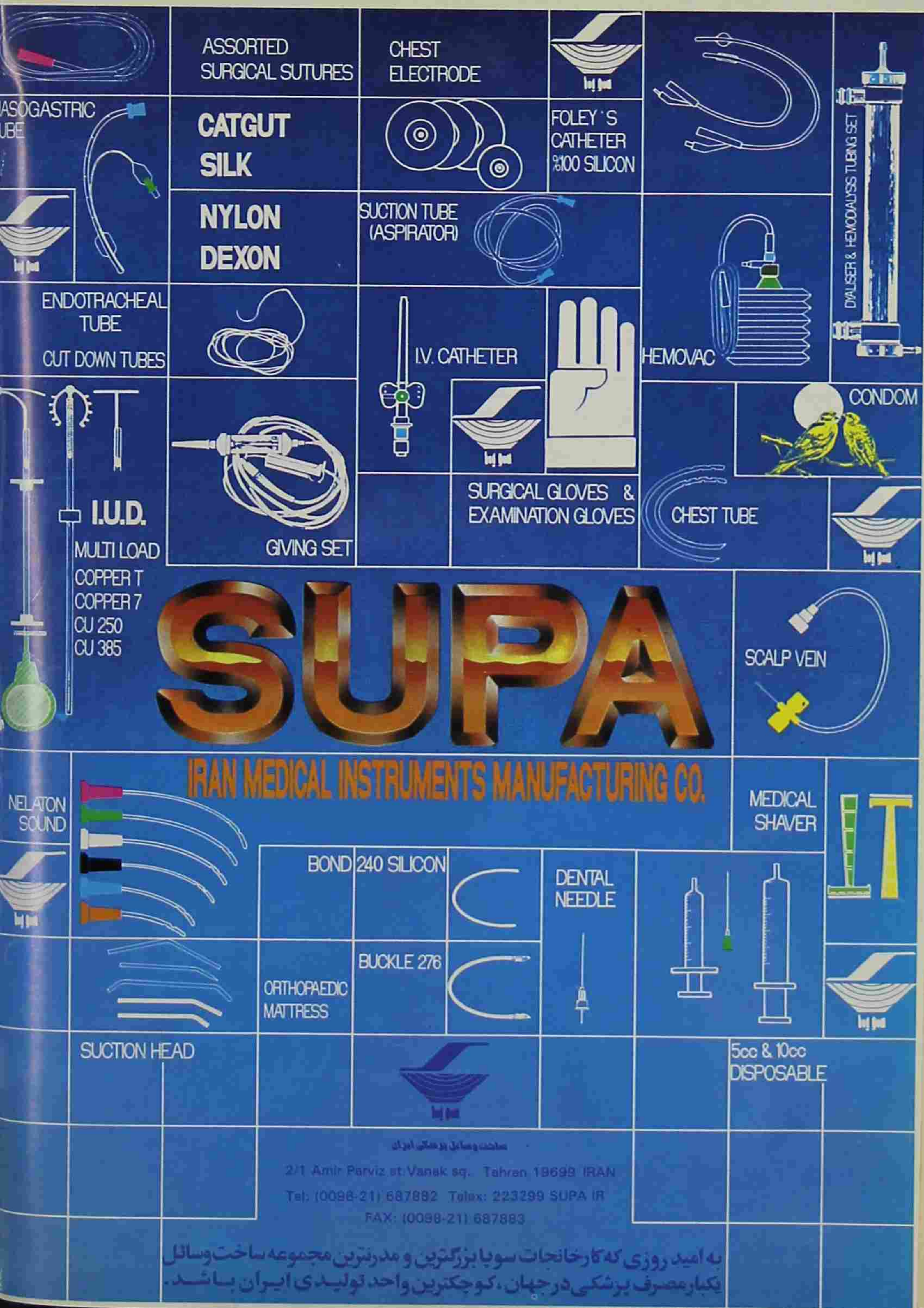
آنچه هست و سبب بالندگی و اعتماد به نفس ما در پیمودن این راه گران می‌شود، پشتوانهٔ مادی، انسانی، علمی و منابع غنی و وسیعی است که با تلاش بسیار و بسیج کلیهٔ امکانات فراهم آورده‌ایم. گذشت زمان نشان خواهد داد که تا چه اندازه قادریم امکانات بالقوه را فعلیت بخشیم. در آنچه پیش آید، از فراست و سختکوشی خود مدد خواهیم جست و انتقادهای صریح و هدایتگر را به جان و دل پذیرا.

شما نیک‌اندیشان و یاوران،

شما پزشکان، اساتید، دانشجویان، مدیران مراکز درمانی و نهادهای پزشکی، پرستاران و بهیاران، مربیان بهداشت مدارس، مدرسین و دانشجویان دانشکده‌های تربیت بدنی، و... شما تحصیلکردگان علاقه‌مند به مطالعهٔ مطالب پزشکی و بهداشتی، که مخاطبین اصلی مجلهٔ پزشکی و جامعه هستید، بنویسید از مجلهٔ خود چه انتظاری دارید و در ترسیم و تدوین محتوای آن ابراز نظر فرمایید.

با امتنان


گل آذین ملارد
میعادگاه دوستداران گل و طبیعت
گل آذین ملارد (شرکت کشت و صنعت)
انواع زینتی و دارویی
نشانی مجتمع تولید : کرج ـ ـ جاده سرآذین ـ انتهای جاده ویلادشت
نشانی تهران: میدان ونک، ضلع شرقی، پلاک ۲/۱
تلفن: ۶۸۸۱۶۴ - ۶۸۷۴۴۸ - ۶۸۷۳۹۱
فاکس: ۶۸۷۸۸۳



ASSORTED SURGICAL SUTURES
CHEST ELECTRODE
FOLEY'S CATHETER %100 SILICON
DYALISER & HEMODIALYSIS TUBING SET
NASOGASTRIC TUBE
CATGUT
SILK
NYLON
DEXON
SUCTION TUBE (ASPIRATOR)
ENDOTRACHEAL TUBE
CUT DOWN TUBES
I.V. CATHETER
HEMOVAC
CONDOM
I.U.D.
MULTI LOAD
COPPER T
COPPER 7
CU 250
CU 385
GIVING SET
SURGICAL GLOVES & EXAMINATION GLOVES
CHEST TUBE
SUPA
SCALP VEIN
IRAN MEDICAL INSTRUMENTS MANUFACTURING CO.
NELATON SOUND
MEDICAL SHAVER
BOND 240 SILICON
DENTAL NEEDLE
BUCKLE 276
ORTHOPAEDIC MATTRESS
SUCTION HEAD
5cc & 10cc DISPOSABLE
ساخت وسایل پزشکی ایران
2/1 Amir Parviz st. Vanak sq. Tahran 19699 IRAN
Tel: (0098-21) 687882 Telex: 223299 SUPA IR
FAX: (0098-21) 687883
به امید روزی که کارخانجات سوپا بزرگترین و مدرنترین مجموعه ساخت وسائل یکبارمصرف پزشکی در جهان، کوچکترین واحد تولیدی ایران باشد.